Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 12. - Paris: Masson, 1900.
Cote : 90152, 1900, n° 12

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1900x12

©BIUM

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

—

HUITIÈME SÉRIE — TOME DOUZIÈME

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

Chronique

Les impressions d'un médecin aliéniste allemand sur la Maison nationale de Charenton. — Réponse à M. le Dr Ed. Hess, de Stephansfeld.

Dans le n° du 14 avril 1900 du journal *Psychiatrische Wochenschrift*, rédigé par le Dr Bresler, de Fribourg en Silésie, notre distingué confrère, le Dr Hess, de Stephansfeld, raconte ses visites dans les asiles de la Seine et à Charenton. De cette dernière, il ne semble pas avoir gardé une très bonne impression.

Tout d'abord, il a eu la déception de ne rencontrer aucun des deux médecins, et le directeur, auquel sa carte a été remise, l'a fait guider dans les quartiers par le surveillant en chef, peu qualifié, comme il le dit, pour donner des renseignements médicaux. Cela est hors de doute. Nous regrettons vivement, mon collègue Ritti et moi, de n'avoir pas eu le plaisir de faire la connaissance du Dr Hess. S'il avait bien voulu nous prévenir de son arrivée et de son désir de visiter nos services, nous aurions été heureux de le recevoir ; en cas d'empêchement, nous nous serions fait remplacer par

©BIUM

l'un des internes. Et nous profitons de l'occasion pour déclarer que, si l'un ou l'autre de nos collègues étrangers, attiré à Paris par le Congrès international de médecine ou l'Exposition, veut nous faire l'amitié de venir jusqu'à Charenton, il trouvera chez nous l'accueil le plus cordial et le plus empressé, pourvu qu'il veuille bien nous prévenir en temps utile.

Je regrette d'autant plus de n'avoir pas vu M. Hess que j'aurais pu rectifier certaines erreurs d'appréciation que je trouve dans son article. Ainsi, à propos de notre installation hydrothérapique, dont il paraît disposé à se moquer agréablement, ne voilà-t-il pas qu'il s'imagine que je donne douches sur douches, et que j'en fais la base du traitement de nos aliénés ? Avec une érudition que j'admire, il rappelle l'*article* 94 *du règlement du service intérieur du* 20 *mars* 1857, qui dit qu'au médecin seul il appartient de prescrire la douche. Cela est exact, mais il s'agit surtout de la *douche de punition*. M. Hess n'ignore pas quel rôle jouait jadis dans la thérapeutique des aliénés cette fameuse *douche*, dont Leuret avait fait la base de son traitement moral. Il y a bel âge qu'elle est abandonnée. Ni mon collègue Ritti, ni moi, ne l'avons prescrite *une seule fois* depuis vingt et un ans que nous sommes à Charenton. Mais, si je proscris cette douche, par contre j'emploie volontiers l'*hydrothérapie* dans les cas bien déterminés où elle me semble indiquée, et j'ai tout lieu de m'en applaudir.

M. Hess paraît croire que la moitié de mes malades sont des paralytiques généraux ? La proportion est bien moindre, puisque, sur deux cent quarante-sept pensionnaires présents aujourd'hui (1), il n'y en a que trente et

(1) 8 juin 1900. C'est le même chiffre qu'avait trouvé M. le Dr Hœnnicke en octobre 1899. (Voir plus loin la note de la page 9.)

©BIUM

un atteints de paralysie générale, ce qui fait environ 12,5 p. 100.

M. Hess a été particulièrement choqué de voir dans nos services des camisoles de force. Mon Dieu oui ! je l'avoue, dussé-je passer pour un fanatique retardataire, j'ai conservé l'usage de la camisole pour mes malades, et je prétends qu'ils s'en trouvent mieux que de tous les moyens ingénieux imaginés pour la remplacer par les partisans du no-restraint. Je prétends que, quand un aliéné agité déchire ses vêtements, se met tout nu, se roule dans ses déjections, ou bien quand il cherche à se mutiler, à se donner la mort, il est plus humain, plus conforme à la dignité humaine, de le priver momentanément de l'usage de ses mains, que de le laisser se vautrer à son aise dans une cellule, fût-elle matelassée, ou de le fourrer au bain avec un couvercle de bois pour l'y maintenir pendant de longues heures. J'ai visité assez d'asiles dans lesquels on m'a fait admirer les beautés du no-restraint ; j'en suis toujours revenu avec la conviction plus enracinée qu'une camisole en toile, souple, qui ne comprime ni le thorax, ni l'abdomen (et c'est ainsi que je la fais appliquer), est encore ce qui rend le meilleur service au malade. J'étonnerai bien ceux qui liront ces lignes, — et pourtant c'est la vérité, — si je leur dis que j'ai vu des malades, sujets à des accès périodiques d'agitation, parfois d'une violence extrême, réclamer eux-mêmes la camisole et demander qu'on la leur laisse pour les protéger contre eux-mêmes. Je préfère la camisole au maillot.

Notre collègue a paru choqué de voir qu'en France les fonctions administratives et médicales sont séparées. Evidemment, il y aurait beaucoup à dire sur cette organisation, qui n'existe dans aucun autre pays que la France. Le grand argument des partisans de cette dualité, c'est que les fonctions administratives sont si

©BIUM

absorbantes (!) qu'elles prendraient au médecin le meilleur de son temps et l'empêcheraient de se donner à la science. A quoi l'on a répondu par des faits : il y a eu et il y a encore en France des médecins-directeurs qui ont su, par leurs travaux, conquérir une belle situation scientifique, tout en dirigeant à merveille des asiles importants. Et n'est-ce pas ce que nous voyons en Allemagne, en Russie, en Italie, partout en un mot où le médecin est le chef de l'asile? Donc, l'argument ne porte pas. Cependant, je ne pense pas qu'en France on veuille de longtemps renoncer au système actuel, eût-il encore plus d'inconvénients qu'il n'en a ; mais ce sera pour des raisons toutes spéciales que je ne puis développer ici.

On a répété à satiété le mot de Falret père : « Dans « un asile d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un « directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que « celles d'un médecin. » Ce n'est pas là seulement une boutade de médecin, c'est un fait qui ressort de la nature même des choses. Nous venons d'en avoir la confirmation d'une façon bien singulière.

L'honorable directeur de la maison de Charenton, M. Strauss, ancien préfet, entré en fonctions il y a environ cinq ans, a consacré ses loisirs à une histoire de la maison de Charenton, depuis ses origines jusqu'à l'heure actuelle. C'est une œuvre considérable, qui vient de paraître, et remplie de détails intéressants. Mais on n'est pas médiocrement surpris de voir quelle place y occupe la médecine sous forme de considérations sur la nature, l'étiologie et le traitement des maladies mentales. Théories d'amateur, cela va sans dire, mais qui pourraient faire croire que le directeur intervient dans le service médical. Il n'en est rien. Les médecins de la maison de Charenton, tout à fait étrangers à ces théories, ont toujours gardé l'indépendance la plus

©BIUM

absolue dans leurs services respectifs, dont ils ont l'entière responsabilité, ce qui ne les a pas empêchés d'avoir avec les différents directeurs qu'ils ont vu se succéder, les relations les plus courtoises, chacun se tenant dans la limite de ses attributions.

Mais n'est-il pas tout à fait caractéristique de voir que même un directeur *laïque* ne saurait parler des aliénés sans que le côté médical prime tout ? Et qu'il est conduit, en quelque sorte fatalement, sur un terrain qu'il ne connaît pas, et où il ne peut manquer de trébucher !

Il y a bien des points encore que nous aurions volontiers discutés avec M. Hess. Je ne saurais oublier qu'en 1860, j'ai débuté comme interne dans cet asile de Stephansfeld, dont il est un des médecins ; j'aurais été heureux de parler avec lui de ce vieil asile, que je n'ai revu qu'une fois en passant, il y a quelques années. Une heure de conversation aurait contribué, je l'espère, à faire revenir notre collègue de ses impressions peu favorables. Nous aurions été tout à fait heureux s'il avait quitté Charenton dans des dispositions aussi amicales qu'un autre de nos collègues, M. le Dr Hœnnike (de Sonnenstein). Les quelques lignes (1) par lesquelles celui-ci a rectifié le récit de M. Hess nous

(1). Voici textuellement, ce qu'écrit M. Hœnnicke, dans le n° du 28 avril 1900 de la *Psychiatriche Wochenschrift* (p. 52) :

« J'ai vu en entier le service du Dr Christian. Il s'y trouve environ 300 malades : 2 avaient la camisole. Dans le service du Dr Ritti, je n'en ai vu aucune. Dans ces deux services je n'ai vu aucun malade isolé. Dans mes visites aux asiles de la Seine et à Charenton, je n'ai pas eu l'impression que les médecins aliénistes de Paris traitent leurs malades moins humainement que nous. M. Hess, critiquant l'emploi de la camisole, ne rapporte aucun chiffre, et ne dit rien des indications qui l'ont motivée. M. Hess croit que la moitié des aliénés de M. Christian sont des paralytiques généraux : quand j'y ai passé en octobre 1899, il n'y en avait qu'une trentaine. En somme, l'organisation du service ne diffère guère de ce qu'elle est chez nous. »

©BIUM

ont permis de constater qu'il nous a gardé les sentiments d'estime et de cordiale confraternité qu'il a su lui-même nous inspirer, et nous lui sommes particulièrement reconnaissant d'avoir pris spontanément notre défense.

J. CHRISTIAN.

©BIUM

ÉLOGE

DU

Dr E. BILLOD

LU A LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, DU 30 AVRIL 1900

Par le Dr Ant. RITTI

Messieurs,

Le débat entre partisans et adversaires de la séparation des fonctions médicales et administratives dans les asiles d'aliénés, a pris naissance le jour même de la fondation de ces établissements, et il est loin d'être vidé. Son caractère spécial est d'être en quelque sorte périodique. On le croit éteint, lorsqu'il renaît de ses cendres, semblable en cela, et toutes proportions gardées, à la fameuse querelle des anciens et des modernes qui mit aux prises les littérateurs et les philosophes français et anglais du XVIIe et du XVIIIe siècle.

Il y a plus de cinquante ans, Falret père, résumant l'opinion généralement adoptée en France et à l'étranger, écrivait : « Dans un asile d'aliénés, j'ai beau cher-« cher les fonctions d'un directeur et celles d'un méde-« cin, je ne trouve que celles d'un médecin. » Cet aphorisme, avec tous ses corollaires, obtint force de loi et, sauf quelques rares exceptions, fut communément appliqué, au grand profit des malades et aussi de la

©BIUM

paix des asiles, « la pensée médicale, selon la parole de Falret, vivifiant et régularisant constamment les mesures administratives ».

Malgré la haute autorité du maître qui le formula, ce principe fut vivement combattu, en France du moins ; car la question ne se pose même pas dans les pays étrangers, où la réunion des fonctions est la règle. Si l'on faisait l'histoire de ces luttes, on verrait que le problème n'a pas fait un pas vers une solution parfaite, depuis le jour déjà lointain où il fut soulevé pour la première fois. Bien plus, les arguments pour ou contre sont toujours les mêmes ; aujourd'hui comme il y a un demi-siècle, les deux camps se les renvoient, sans rien y changer, mais aussi sans rien y ajouter, avec cette même ardeur passionnée qui caractérise les discussions, où les préoccupations personnelles se mêlent aux questions de principe.

Ces arguments, peu nombreux d'ailleurs, ne sont pas tous d'une égale solidité. Il faut en excepter un toutefois, qui paraît aux partisans de la séparation des fonctions absolument décisif et péremptoire, tellement irrésistible même qu'il suffit, d'après eux, de l'énoncer pour fermer la bouche aux adversaires.

Le médecin, disent-ils, qui est en même temps directeur, absorbé par les mille menus détails administratifs, arrive peu à peu, et par la force même des choses, à se désintéresser de la partie essentielle de sa tâche, le traitement des malades ; tôt ou tard, le souci des intérêts matériels l'emporte sur les préoccupations scientifiques ; en lui le médecin s'efface devant l'administrateur.

L'objection a-t-elle la valeur absolue que lui attribuent leurs auteurs ? Est-elle aussi fondée en fait qu'elle paraît l'être en raison ? Tout ce qui est rationnel n'est pas nécessairement réel, dit un adage scolastique qu'il est à propos de rappeler.

©BIUM

« Après tout, écrivait déjà Fontenelle au siècle der-
« nier, c'est peut-être une erreur de regarder les scien-
« ces et les affaires comme si incompatibles, principa-
« lement pour les hommes d'une certaine trempe. » Ce qu'écrivait l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, parlant de Newton et d'autres savants de son temps, n'a pas cessé d'être vrai, même et surtout dans notre spécialité. L'histoire de la médecine mentale depuis cent ans en est la meilleure preuve. Sans aller au delà de nos frontières où les exemples abondent, on peut dire qu'ils furent légion en France les médecins aliénistes qui, depuis l'immortelle réforme de Pinel, surent mener de front, et non sans succès, les spéculations de la science et la pratique des affaires. Est-il besoin de citer des noms ? ils sont dans toutes les mémoires.

Je voudrais aujourd'hui retracer la vie et apprécier les travaux d'un de ces médecins-directeurs, que ses occupations complexes n'empêchèrent pas de prendre une part des plus actives aux discussions de notre Compagnie, qu'il eut l'honneur de présider en 1877. Le récit de cette vie est une tâche des plus délicates, dont je ne me dissimule pas les difficultés ; il est aussi plein d'enseignements. Au milieu des vicissitudes d'une carrière administrative tourmentée, et souvent par sa faute, Billod sut toujours faire sa part au labeur intellectuel. Observateur très perspicace, il recueillit, dans les divers services qui lui furent confiés, de nombreux matériaux cliniques dont il comptait tirer parti pour la rédaction d'un traité des maladies mentales, cette ambition de la plupart des médecins aliénistes de son temps et qu'il ne lui fut pas donné de satisfaire. Ces documents ne furent pas perdus ; on les retrouve pour la plupart dans une série de mémoires du plus haut intérêt, où à quelques assertions discutables se mêlent maintes vérités utiles et qui resteront.

©BIUM

Mais parfois Billod apporta dans ses recherches une passion insuffisamment contenue par le sentiment de la réalité. De là, certaines théories audacieuses qu'il lança peut-être inconsidérément mais avec toute bonne foi et conviction, qu'il soutint ensuite avec une obstination irritante et malgré l'évidence.

L'histoire des erreurs dans le domaine de la science ou de la pratique a, pour le penseur, un intérêt égal, sinon supérieur, à l'histoire de la vérité. Ces erreurs sont autant d'écueils qu'il est bon de connaître pour pour pouvoir les éviter, et l'historien manquerait à son devoir s'il oubliait de les signaler lorsqu'il les rencontre sur son chemin.

Ernest Billod naquit en 1819, à Briançon, chef-lieu d'arrondissement du département des Hautes-Alpes. Il fit ses études classiques au collège royal d'Orléans, où son père, fonctionnaire de l'État, avait été transplanté avec avancement.

Élève assidu et laborieux, avec certains côtés brillants, il se montra d'une application particulièrement soutenue dans la classe de philosophie, soit que les matières enseignées convinssent davantage à son esprit réfléchi, soit que le professeur possédât ce don rare d'animer et de rendre attrayantes les questions les plus abstraites. Le jeune Billod rédigea le cours avec un soin scrupuleux et jusque dans ses moindres détails, imprégnant ainsi fortement sa jeune intelligence d'idées doctrinales dont il ne put jamais se défaire complètement, malgré les démentis que devaient souvent leur infliger, dans son esprit, ses recherches de médecine mentale. Il conserva pieusement ce souvenir de son année de philosophie ; jusque dans les derniers temps de sa vie, il montrait volontiers à ses intimes, et non sans une nuance

©BIUM

de coquetterie, ces cahiers jaunis par le temps, précieuses reliques de sa jeunesse studieuse.

L'éclectisme était alors la philosophie officielle et prescrite. Sous l'influence despotique de Victor Cousin, le chef de l'école, on l'avait vu se rétrécir peu à peu et se transformer en une sorte de dogme intangible, n'admettant aucune dissidence. Plus oratoire que scientifique, cette doctrine — si l'on peut l'appeler par ce nom — s'est contentée de recueillir, de codifier les opinions saines, c'est-à-dire courantes, venues jusqu'à nous de toutes les parties de l'histoire ; puis, par un travail de rapetassage qui en exclut toute idée un peu audacieuse, elle finit par devenir, selon la plaisante comparaison de Taine, « une baignoire bien propre, bien reposée et bien « tiède, où les pères, pour cause de santé, mettent leurs « enfants (1) ».

Philosophie exclusivement littéraire, divorcée d'avec les sciences, l'éclectisme ne pouvait être, « comme les « philosophies précédentes, la science gouvernante et « rénovatrice ». Son isolement et son impuissance sont caractéristiques au milieu de ce merveilleux mouvement scientifique du siècle, auquel il ne sut fournir aucune idée générale et directrice ; bien plus, ce mouvement se fit sans lui, contre lui. Savants et médecins, dès qu'ils entrent dans un laboratoire ou dans une salle de clinique, s'empressent de laisser à la porte les principes philosophiques absolus puisés au collège, et d'ordinaire ils oublient de les reprendre en sortant. Billod, lui, retrouvait ses chers cahiers à domicile, et il ne pouvait s'empêcher de les relire ou de les consulter.

Ses études classiques terminées, le jeune collégien dut songer à choisir une profession. Il n'hésita pas long-

(1) A. Taine. *Les philosophes français du* XIX^e^ *siècle.* 1 vol. in-18, Paris, 1860, p. 306.

©BIUM

temps dans son choix : il voulut être médecin. Son père résista à ce qu'il croyait un caprice. Il avait d'autres visées sur son fils : il voulait le faire entrer dans l'administration ; son esprit de timide prévoyance et de sage économie s'effrayait de nouvelles études à faire, des dépenses prolongées qu'elles occasionneraient. Heureusement le jeune homme avait sa mère qui entrait dans ses vues ; elle plaida sa cause avec chaleur, et quoi d'étonnant à ce que cette éloquence inspirée par le cœur l'emportât ! Billod partit pour Paris, la bourse peu garnie, mais avec l'énergique résolution de travailler et de se montrer digne de la confiance maternelle.

Les débuts furent pénibles. Il se sentait comme perdu au milieu de la grande ville, souffrant surtout de son isolement, loin du foyer familial, de la chaude affection de sa mère. Mais il ne tarda pas à surmonter ces premières impressions : l'intime familiarité avec ses camarades, les cours multiples, le labeur assidu à l'amphithéâtre et à l'hôpital, tout ce qui en un mot constitue la vie de l'étudiant qui travaille lui fit goûter le charme de son indépendance. Les difficultés matérielles passèrent au second plan, mais n'en restèrent pas moins pressantes. Une circonstance fortuite vint heureusement améliorer sa situation et donner en même temps une direction nouvelle et définitive à ses études médicales.

Un ami commun le mit en relations avec Ferrus. L'éminent aliéniste était originaire du département des Hautes-Alpes ; il accueillit son jeune compatriote avec la plus grande bienveillance, s'enquit de ses travaux, de ses projets d'avenir. Le sérieux du jeune étudiant eut le don de lui plaire ; il crut trouver en lui une future recrue pour le service des aliénés dont il avait la charge, depuis qu'il avait été élevé, par la confiance ministérielle, aux fonctions d'inspecteur général des établissements consacrés au traitement de la folie. Avec une

©BIUM

bonté toute paternelle il sut le réconforter, dissiper ses doutes et ses appréhensions en lui montrant sa véritable voie. « Un généreux conseil est un puissant secours », a dit le poète. Ferrus fit plus et mieux : aux paroles d'encouragement il joignit une chaude lettre de recommandation pour son successeur à l'hospice de Bicêtre.

Félix Voisin était à la tête du service des aliénés épileptiques et des idiots, de tous le plus ingrat, celui qui demande le plus de patience et le dévouement. De tout temps ils ont été rares les élèves en médecine qui se sont intéressés bénévolement à l'étude de ces deux formes si repoussantes de la déchéance humaine. Billod fut reçu à bras ouverts. Son goût pour s'instruire, son assiduité à l'étude furent vite appréciés ; il ne tarda pas à s'établir entre le maître et le disciple une intimité étroite fondée d'une part sur une sincère estime, de l'autre sur un respectueux attachement.

On sait combien fut hospitalière la maison de santé de Vanves. Les maîtres, Falret et Voisin, aimaient à s'entourer de la jeunesse studieuse, et l'on vit plus d'une vocation s'éveiller et se développer dans ce milieu où tout respirait la sympathie et l'intelligence. Billod, qui était de toutes les réunions, se trouvait sous le charme ; aussi ce fut pour lui le sujet d'une vive satisfaction lorsque Voisin lui proposa d'être le commensal de la maison, comme interne en médecine. Il accepta avec empressement et reconnaissance : c'était la vie assurée jusqu'au jour prochain où, ses études terminées et sa thèse soutenue, il pourrait entrer en qualité de médecin-adjoint dans un asile d'aliénés.

Les années qu'il passa à Bicêtre et à Vanves furent fécondes en recherches et en publications diverses. Dès 1843 — il avait alors vingt quatre ans — Billod faisait paraître dans les *Annales médico-psychologiques* un long

©BIUM

mémoire sur la symptomatologie de l'épilepsie, où, à l'aide des données de la physiologie de l'époque, il s'applique à édifier des hypothèses sur le mécanisme des symptômes de cette terrible maladie, hypothèses souvent ingénieuses, dont quelques-unes ont été vérifiées par la science moderne. Tous les traités classiques sur le mal comitial ont adopté l'explication donnée par Billod du cri initial, ainsi que de tous les bruits laryngés qui se produisent aux différentes périodes du paroxysme, et personne n'ignore aujourd'hui que ces phénomènes sont dus à la contraction violente du thorax coïncidant avec le rétrécissement spasmodique de la glotte.

Les diverses modalités délirantes qui ne sont que trop souvent le triste lot de l'épileptique n'échappèrent pas à la sagacité de notre jeune observateur ; il les décrit avec soin, s'attachant surtout aux modifications de l'intelligence et du caractère qui se produisent sous l'influence des attaques répétées du mal.

Cette question des rapports de l'épilepsie et de la folie, est une de celles sur lesquelles Billod eut toujours l'esprit tenu en éveil ; elle était l'objet de ses constantes préoccupations. A maintes reprises, il l'aborda depuis, même incidemment, comme il le fit, en 1850, en un mémoire sur la paralysie générale des aliénés où se trouve ce passage éminemment suggestif : « Quels « sont les rapports qui existent entre les attaques « d'épilepsie et les accès de fureur ? Ces accès de fureur, « au lieu d'être consécutifs à l'accès d'épilepsie, ne « seraient-ils pas une des formes multiples que peut « revêtir l'atteinte du mal épileptique ? En d'autres « termes, les accès d'épilepsie et de fureur ne seraient- « ils pas deux formes d'accès du même mal, deux effets « différents de la même cause, au lieu d'être unis entre « eux par une relation de cause à effet ? »

Ces phrases interrogatives, si nettes et si précises,

©BIUM

sont — on n'en saurait douter — comme une ébauche du tableau magistral que Morel devait, dix ans plus tard, présenter au public médical sous le nom d'épilepsie larvée, et qui était appelé à une si grande fortune. C'est ainsi qu'il n'existe, dans le domaine des idées, aucune découverte, petite ou grande, qui ne soit précédée d'une série de tâtonnements, marche timide et lente vers la vérité, lueurs vagues qui précèdent l'apparition de la lumière.

Lorsqu'il vint à Bicêtre, Billod y trouva le corps médical divisé en deux camps ennemis. La lutte était vive et ardente ; on se battait à coup d'épigrammes et de statistiques. Quant à l'objet du litige, ce n'était autre que le traitement moral des aliénés, tel que l'entendait Leuret, c'est-à-dire l'emploi méthodique et continu du raisonnement et de l'intimidation pour extirper les idées délirantes. Ce moyen thérapeutique ne reçut pas l'approbation de Ferrus et des médecins de Bicêtre, Félix Voisin et Moreau (de Tours) ; les critiques qu'ils se permirent furent relevées avec une vivacité passionnée par les partisans du traitement moral. Leuret, « nature « ardente, aimant et cherchant la lutte », se montra tout particulièrement acerbe pour Ferrus. « Ses attaques, « dit à ce sujet mon éminent prédécesseur, étaient res- « tées sans réponse. Ferrus n'était pas homme à s'en « émouvoir, si les journaux de médecine, la *Gazette* « *médicale* entre autres, n'avaient pas prêté leur publi- « cité à une polémique d'autant plus vive qu'elle était « entretenue par de juvéniles ardeurs. Ce fut l'un des « nôtres, le compatriote de Ferrus, je puis bien dire aussi « son élève, c'est un titre dont il s'honore aujourd'hui, « M. Billod, qui releva le défi ; dans une lettre en réponse « aux articles de M. Lisle sur le régime moral auquel « sont soumis les aliénés de l'hospice de Bicêtre, en « 1844, il fit justice des prétentions exagérées ; repre-

©BIUM

« nant de haut la question, il s'appuya sur l'autorité « des maîtres, Pinel, Esquirol, Falret, Voisin, et démon- « tra, la statistique à la main, qu'une doctrine qui sou- « levait contre elle des réprobations presque unanimes « n'avait pas le droit de s'imposer, qu'il ne suffisait pas « d'affirmer, qu'il fallait apporter des preuves ; et dans « cette lutte dont le souvenir est arrivé jusqu'à nous, « dont Voisin, notre regretté collègue, ne parlait pas « sans émotion, la victoire resta du côté de ceux qui « avaient, comme Ferrus, le sentiment du devoir et du « respect, en présence de la plus grande des infortunes. »

Je n'ai pas résisté au plaisir de citer cette belle page d'histoire, où notre éminent confrère, M. Motet (1), apprécie avec une grande élévation d'esprit et de style cette bataille pour une idée, qui devait se terminer par la complète déroute de l'erreur.

Pleine justice y est rendue à l'active intervention de Billod, dont l'argumentation serrée demeura sans réplique. Et cependant il n'avait pu qu'effleurer le sujet en un article de pure polémique. En vue d'une nouvelle offensive, il tenait en réserve de nombreux documents recueillis avec soin ; ils ne furent pas perdus. Billod les utilisa pour sa thèse de doctorat, œuvre d'actualité, ainsi que le prouve son titre : *Considérations médico-psychologiques sur le traitement de la folie*, mais aussi œuvre de doctrine où son auteur s'applique à dégager les principes rationnels de la thérapeutique des maladies mentales.

Dans ces pages écrites en 1846, on ne retrouve plus qu'un faible souvenir des luttes passées. Non pas que Billod eût modifié ses idées; mais il les présentait avec

(1) A. Motet. *Notices biographiques* (1873-1888). Eloges lus aux séances publiques annuelles de la Société médico-psychologiques. 1 vol. in-18. Paris, 1894, p. 156.

©BIUM

la sérénité du clinicien, du savant, qui expose ce qu'il sait être la vérité.

Parmi les « quelques moyens que l'on peut considérer comme cardinaux dans la thérapeutique mentale », il exalte surtout l'organisation du travail dans les établissements d'aliénés, cette initiative hardie de Ferrus qui suffit à elle seule pour placer le nom de cet illustre aliéniste à côté de ceux de Pinel et d'Esquirol. Expérimenté d'abord sur les malades de Bicêtre, puis à la Ferme Sainte-Anne, ce procédé de traitement donna des résultats tellement favorables qu'il ne tarda pas à être appliqué partout, à l'étranger comme en France.

Aujourd'hui personne ne met plus en doute « l'influence des travaux manuels sur la guérison des maladies mentales », et sa supériorité sur le « système de la rétractation forcée, de l'intimidation et du syllogisme coup sur coup », préconisé par Leuret. Même le traitement par le raisonnement, sans l'aide de la violence, est reconnu comme presque sans efficacité et ne trouve que de rares défenseurs. Billod a donc eu raison de dire, en terminant sa thèse : « Je soutiens qu'il est impossible « de convaincre un aliéné de ses erreurs. La possibilité « de ce résultat est déjà un signe de guérison, c'est un « effet et non une cause. Il en est des monomaniaques « comme il en était des martyrs de religion à qui ni « menace, ni torture ne pouvaient arracher aucune « rétractation. »

En bon élève, esclave de ses cahiers de philosophie, Billod crut devoir faire dans sa thèse une profession de foi spiritualiste, et se livrer à des dissertations métaphysiques sur l'union de l'âme et du corps, sur la nature de la folie, etc. « O physique ! délivre-nous de la métaphysique ! » s'écriait un jour je ne sais quel savant. La clinique en a heureusement et définitivement délivré la médecine mentale ; elle a exclu du domaine de ses

©BIUM

recherches les questions nébuleuses qui avaient tant d'intérêt pour notre jeune docteur.

Le milieu dans lequel il vivait favorisait d'ailleurs ses tendances naturelles aux études philosophiques. Se trouvant à Vanves, en un « commerce familier de la pensée » avec Falret père et Félix Voisin, il puisa dans les entretiens de ces éminents aliénistes le principe, alors fort en honneur, de la nécessité d'éclairer la médecine mentale par une psychologie normale. A l'exemple de ses maîtres, Billod, avec une patience à toute épreuve et un réel talent d'analyse, se mit à poursuivre, chez les aliénés, la recherche minutieuse des lésions de la mémoire, de l'association des idées, de la volonté, du jugement et même de l'abstraction, en un mot, de toutes les facultés de l'âme dont son professeur de philosophie lui avait démontré l'existence chez l'homme sain d'esprit ; et c'est à l'aide de ces données fournies par l'observation intérieure, cette méthode exclusive de la psychologie classique, qu'il comptait déterminer les altérations isolées ou complexes de l'état maladif de ces facultés.

Un tel travail est tout artificiel. Falret (1), qui s'y est appliqué avec une rare ténacité, finit par trouver qu'il promettait plus qu'il tenait, que c'était perdre son temps que de rechercher « une lésion de faculté, pour « la mettre en parallèle avec chacun des actes de cette « faculté à l'état normal ». Et l'éminent aliéniste, développant sa pensée, ajoute : « Comme ces facultés ne « peuvent subir que trois ordres d'altérations ; comme « elles ne peuvent être qu'exaltées, affaiblies ou per- « verties dans les lois qui les régissent, tout travail de « classement des phénomènes psychiques d'après la

(1) Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris, 1864. Introduction, *passim*.

©BIUM

« méthode psychologique ne peut faire découvrir chez « les aliénés en général, ou chez chaque aliéné en par- « ticulier, que l'un de ces trois modes de trouble dans « les facultés admises à l'état normal. Mais quel est le « degré ou la variété spéciale de ce désordre intellec- « tuel ou sentimental ? quel est le lien de ces divers « troubles les uns avec les autres ? Voilà ce qu'il im- « porterait surtout de connaître pour la pratique de la « médecine mentale, et ce que la méthode psycholo- « gique nous laisse complètement ignorer ! »

En étudiant ainsi isolément, et par un effort d'abstraction, les différentes facultés et leurs altérations, les partisans de la méthode psychologique en médecine mentale, spiritualistes pour la plupart, reprenaient, sans doute à leur insu, le procédé de la statue de Condillac, si amèrement critiqué par Victor Cousin, le chef de l'école. Ils supposaient l'aliéné en observation doté, non pas d'un seul sens, à l'égal de la fameuse statue, mais d'une faculté unique, dont ils s'efforçaient de dépister les troubles, sans tenir compte des réactions qu'ils peuvent produire sur les autres facultés ou sur le reste de l'organisme. En scindant ainsi « des phénomènes qui sont habituellement réunis dans la nature », on est amené à un véritable émiettement des faits psychiques, absolument contraire à la réalité des choses.

Sans doute on arrive, à l'aide de cette méthode, à pousser très loin l'étude des symptômes, on fait même d'intéressantes acquisitions de détail ; mais, comme l'a fait excellement remarquer Falret, « on détruit tout ce « qui constitue essentiellement la maladie, c'est-à-dire « l'ensemble des faits connexes et leur ordre de succes- « sion ; on efface toute idée de marche et de coordination « des phénomènes. On supprime la maladie pour ne plus « voir que le symptôme, et l'on supprime le symptôme « complexe pour ne plus voir que le symptôme isolé ! »

©BIUM

En faut-il conclure que l'école psychologique, qui comprenait des intelligences d'une haute distinction, fut absolument stérile, qu'elle travailla et produisit en vain ? L'affirmer serait une grosse erreur. Rien ne se perd, tout se transforme ; cela est vrai des forces de l'esprit comme des forces de la matière. Tout ne fut pas perdu des efforts considérables de nos prédécesseurs. Mais par un de ces paradoxes fréquents dans l'histoire des sciences d'observation, leurs travaux profitèrent moins à la médecine mentale, en vue de laquelle ils avaient été accomplis, qu'à la psychologie normale, d'où ils semblaient déduits.

Lorsque, reconnaissant enfin l'insuffisance, même l'inutilité de l'introspection, les psychologues se décidèrent à appliquer les diverses méthodes en usage dans les sciences biologiques, ils comprirent combien serait féconde et variée « une judicieuse analyse des phénomènes pathologiques » ; l'examen scientifique des faits psychologiqnes à l'état morbide, qu'ils soient exaltés, affaiblis ou pervertis, en fournissant l'équivalent d'une véritable expérimentation, est, en effet, très propre à perfectionner les études relatives à l'état normal (1). On peut dire que l'application de ce principe est la véritable originalité de la psychologie expérimentale, qui s'est définitivement substituée à la psychologie métaphysique.

Ses promoteurs, en France, les Taine, les Th. Ribot et leurs disciples, trouvèrent dans les recherches des aliénistes psychologues une mine des plus fécondes, où ils puisèrent abondamment. Nos connaissances sur le mécanisme et les rapports des fonctions les plus nobles

(1) Cf. Aug. Comte. *Cours de philosophie positive*, XLV^e leçon. Considérations générales sur l'étude positive des fonctions intellectuelles et morales ou cérébrales, 2^e édit., t. III. Paris, 1864.

©BIUM

de l'économie humaine en furent complètement transformées. C'est là, parmi tant d'autres, un des services — et non des moindres — rendus, en notre siècle, par notre spécialité ; il est juste et équitable, je crois, de le signaler.

Billod resta, plus longtemps que ses maîtres, fasciné par le mirage de la méthode psychologique. Ses mémoires si étudiés sur les maladies de la volonté, sur les lésions de l'association des idées, qu'il ne faut pas séparer de son curieux travail sur les diverses formes de la lypémanie, occupent dans cet ordre de recherches une place des plus honorables. Publiés de 1847 à 1860, ils ne furent mis en réelle valeur que dans ces dernières années. Les théories récentes sur les stigmates psychiques de la dégénérescence portèrent une plus vive lueur sur les altérations bizarres de la volonté, si bien décrites par Billod ; d'autre part, les psychologues de l'école expérimentale trouvèrent dans les faits réunis par lui des preuves démonstratives de cette *dissolution* de la vie psychique, qui, mieux que le principe évolutif, permet de tirer des conclusions nettes et précises sur l'état normal.

Son stage à l'hospice de Bicêtre et à la maison de santé de Vanves, ses nombreuses publications, désignaient Billod pour une des fonctions médicales des établissements publics d'aliénés. Il entra dans le service, sous les auspices de son éminent compatriote Ferrus, en qualité de médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire ; il ne fit que passer dans ce poste de début. Dès avril 1849 — il n'avait alors que trente ans — il fut appelé à la direction médicale et administrative de l'asile de Blois.

Cet établissement venait à peine d'être ouvert. Le département, pour le construire, s'était endetté ; afin de se libérer plus vite, il exigeait du directeur la plus

©BIUM

stricte économie, ce qui impliquait, en somme, l'application de la plaisante maxime d'un personnage de l'*Avare* de Molière : « Faire bonne chère avec peu d'argent. »

Billod, jeune encore et novice dans les questions administratives, chercha longtemps, sans le trouver, le moyen le meilleur de remplir le programme qui lui était imposé. Déjà il désespérait, lorsque la solution tant désirée lui vint de Paris.

Le département de la Seine ne possédait, à l'époque, que les services de Bicêtre et de la Salpêtrière, trop exigus pour les nombreux aliénés de la capitale et de la banlieue. Pour hospitaliser l'excédent de ses malades, il ne trouva rien de mieux que de les envoyer dans les asiles de la province. Le prix de journée qu'il offrait étant généralement très supérieur à celui que paient les conseils généraux pour leurs propres pensionnaires, il y avait tout bénéfice à héberger des aliénés parisiens. Les demandes furent nombreuses. Billod se mit sur les rangs, et bientôt il eut la satisfaction de voir arriver à Blois le premier convoi de ces exilés d'un nouveau genre. Alors, voyant les recettes monter, il en demanda encore, et tant qu'il en put loger : ils lui furent envoyés. Lorsque la place vint à lui manquer dans les dortoirs, il eut l'ingénieuse idée d'installer, le long des couloirs, des hamacs pour les nouveaux venus ; on suspendait ces lits portatifs le soir, et, le matin, on les repliait pour rétablir la circulation.

Ce qui advint d'une telle pratique se devine aisément. De tous ses inconvénients, le plus grave était l'encombrement avec toutes ses conséquences antihygiéniques. Billod paraît n'en avoir eu ni souci ni cure, hanté qu'il était par ce principe que, pour arriver aux économies désirées, il fallait faire vivre l'aliéné de province aux dépens de son camarade de la Seine. Dominé par cette

©BIUM

idée systématique, il ne tarda pas à dépasser les bornes de l'ordinaire prudence. « Jamais on ne fait le mal si « pleinement et si gaiement que quand on le fait par « conscience. » Cette pensée de Pascal ne se trouve que trop applicable dans l'espèce : Billod, en subordonnant tout à sa pensée directrice, faussa tous les ressorts de son administration et perdit de vue sa mission essentielle, le bien-être des malades.

Ce système économique eut des suites fâcheuses pour son inventeur. Parchappe, nature droite et loyale, mais hautaine et cassante aussi, le critiqua violemment dans ses rapports d'inspection, et comme Billod, loin de s'amender, persévérait dans son erreur, il finit par obtenir sa révocation.

Le coup fut d'autant plus rude que la peine semblait hors de proportion avec la faute commise : briser une carrière à son début est toujours une de ces extrémités auxquelles l'administration n'a recours que dans des cas exceptionnels. En toute équité, un simple déplacement eût suffi pour donner une leçon au jeune présomptueux.

Billod, toutefois, ne se découragea pas. Il courut à Paris, expliqua sa conduite, cherchant surtout à atténuer la gravité des accusations portées contre lui ; mais il n'eût sans doute rien obtenu, s'il n'avait gagné à sa cause ses bienfaiteurs, Ferrus et Falret. La haute autorité de ces maîtres, leur influence justifiée par le mérite, furent d'un grand poids dans la décision ministérielle qui le réintégra dans ses fonctions et l'envoya comme directeur-médecin à l'asile de Saint-Méen, près de Rennes. Ce ne fut qu'un poste de passage ; dès l'année suivante, en 1854, il fut nommé à Sainte-Gemmes-sur-Loire, l'asile de ses débuts, où il resta pendant près de quinze ans. Heureuse stabilité, qui lui permit de se livrer avec fruit au travail intellectuel, d'apporter d'impor-

©BIUM

tantes améliorations à l'établissement dont la direction lui était confiée !

Vous connaissez tous, Messieurs, ce bel asile de Sainte-Gemmes, situé sur les bords riants de la Loire, d'où le regard s'étend à perte de vue sur les fertiles campagnes de l'Anjou. Ancienne demeure seigneuriale, construite dans les premières années du XVIII^e^ siècle, il ne répondait guère à sa destination actuelle lorsqu'en 1843 le département de Maine-et-Loire l'acheta pour y hospitaliser ses aliénés. Comme pour la plupart de nos établissements spéciaux, créés, après la promulgation de la loi du 30 juin 1838, dans des propriétés privées ou dans des édifices publics servant à un autre usage, on courut au plus pressé ; on appropria le mieux possible les bâtiments existants, sauf à construire de nouveaux quartiers au fur et à mesure des besoins du service. Mais il fallut bientôt se rendre à l'évidence : pour obvier aux inconvénients de la situation, il y avait nécessité absolue de reconstruire l'asile sur un nouveau plan. C'est ce qui fut résolu après des études approfondies.

L'œuvre de transformation était commencée lorsque Billod prit la direction de l'asile de Sainte-Gemmes. Sauf sur quelques points de détail, il ne modifia en rien le programme primitif. Sa tâche n'en fut pas moins difficile encore. Outre la question financière, capitale en la circonstance et qui s'imposait d'elle-même à l'attention, il fallait surveiller les travaux, les activer le plus possible, dans l'intérêt même des malades et du personnel de surveillance. En quelques années la section des femmes était reconstruite, et ce fut grâce à la patiente ténacité de Billod, aux capacités administratives qui s'étaient révélées en lui. Il ne fallut rien moins que ce succès pour lui faire oublier à lui-même ainsi qu'aux autres sa fâcheuse déconvenue de l'asile de Blois.

©BIUM

Au milieu de ces tracas d'affaires, Billod n'oublia jamais qu'il était avant tout médecin ; la science, cette maîtresse jalouse, réclamait et obtenait toujours sans peine sa part légitime dans ses préoccupations. C'est même durant cette période qu'il entreprit et soutint cette fameuse lutte sur la pellagre — lutte ardente, obstinée, où il fit preuve d'une souplesse d'esprit, de ressources de dialectique, de qualités de polémiste, assurément dignes d'une meilleure cause.

On sait que la pellagre est une maladie générale, se manifestant d'abord par des symptômes du côté de la peau, suivis d'altérations graves de la muqueuse digestive et de ses fonctions, enfin de troubles du système nerveux central. Selon l'avis unanime des hygiénistes, cette trilogie pathologique est une intoxication alimentaire due à l'usage du maïs altéré ; elle présente les caractères d'une endémie dans les pays où se consomme de mauvais blé de Turquie, et c'est le cas fréquent en Italie ; elle peut même prendre les allures d'une véritable épidémie dans les années et les saisons où l'avarie du grain est à son plus haut degré.

Les médecins aliénistes qui ont fait leurs études il y a quelque quarante ans se souviennent sans doute de certains malades des asiles, à l'attitude étrange et se différenciant nettement de leurs compagnons d'infortune. C'étaient d'ordinaire des malheureux atteints de torpeur mélancolique ou de démence, se nourrissant mal, souvent alimentés à la sonde. Aussitôt levés et habillés, on les voyait s'accroupir dans un coin des préaux, ne sortant de leur immobilité que pour suivre les mouvements des rayons du soleil, qu'ils affectionnaient. Au bout d'un temps plus ou moins long, il se développait sur les parties de la peau exposées à la chaleur solaire un érythème caractéristique dont l'évolution s'accompagnait souvent de troubles digestifs graves, d'adyna-

©BIUM

mie, tous symptômes d'une profonde cachexie, prélude de la mort.

Billod qui avait recueilli cinquante-quatre cas de ce genre, dans l'espace d'une seule année, à l'asile de Rennes et à celui de Sainte-Gemmes, se rappelant ses observations faites lors d'un voyage en Lombardie, en 1846, crut pouvoir conclure à l'analogie de cette affection avec la pellagre. Dans la communication qu'il présenta à ce sujet à l'Académie de médecine, il se posa en adversaire déclaré de « l'hypothèse étiologique » qui attribue cette maladie au maïs avarié, et à cette hypothèse en opposa une autre, celle de la prédisposition nerveuse, rattachant ainsi « la pellagre, chez les aliénés, à un état de cachexie spéciale et propre » à ces malades.

Pour soutenir et faire admettre cette théorie, il publia mémoires sur mémoires, parcourut l'Italie plusieurs fois, se livra à une véritable enquête dans les asiles d'aliénés de la France, envoya d'innombrables communications aux sociétés savantes, des rapports au ministre de l'intérieur; mais ce labeur acharné de plus de dix ans, s'il prouvait la foi ardente, l'infatigable activité de celui qui l'avait entrepris, ne parvint à convaincre personne. Bien plus, au fur et à mesure qu'il accumulait les preuves en faveur de ses idées, il vit s'augmenter le nombre de ses adversaires. Le plus résolu d'entre eux, comme aussi le plus redoutable, parce que le mieux renseigné, était notre vénéré collègue et maître, M. Théophile Roussel, dont la célèbre monographie, couronnée par l'Académie des sciences, a définitivement résolu les difficiles problèmes que soulève la question de la pellagre au point de vue médical et social.

Malgré les démentis donnés par les faits, malgré les objections les plus sérieuses qui lui furent opposées, Billod demeura inébranlable dans ses convictions. Il aurait volontiers dit avec la fierté du poète : «... S'il n'en

©BIUM

reste qu'un seul, je serai celui-là. » Abandonné de ses confrères, désavoué par les Académies, il lança la flèche du Parthe, sous la forme d'un *défi scientifique* dont il n'est pas sans intérêt de rappeler la teneur.

Billod proposait de soumettre les questions en litige à l'examen d'une « commission de six médecins vivant « dans des pays à endémie pellagreuse, et partant d'une « compétence non contestable ». Cette commission devrait se transporter à l'asile de Sainte-Gemmes pour y étudier les faits de la cause et « rédiger sa consultation ».

« Déclarant d'avance, ajoutait notre collègue, me « soumettre au jugement de cette commission, quel qu'il « soit, je m'oblige, publiquement, à prendre à ma « charge les frais de voyage et de séjour de ses six « membres, et, de plus, à fonder un prix de 5.000 francs « qui serait décerné par la Société médicale des hôpi- « taux sur la pellagre, si ce jugement me donne tort sur « une seule des questions en litige.....

« Dans le cas contraire, les frais de voyage, de séjour « des six médecins consultants, seraient à la charge de « mon adversaire, qui s'engagerait, en outre, à fonder « un prix de 5.000 francs à décerner par la Société mé- « dico-psychologique sur la même question. »

« Ce défi, dont le texte a été publié dans les princi- « paux journaux de médecine, n'a été relevé par per- « sonne. » Cette phrase mélancolique, jetée par Billod à la fin de son *Traité de la pellagre*, semble clore définitivement le débat.

Dans cet ouvrage, curieux à plus d'un titre, notre regretté collègue, parlant d'un de ses adversaires, rappelle « l'influence que peut exercer sur la perception des « faits les plus simples et l'admission des vérités les « plus élémentaires une idée préconçue ». Cette pensée si juste, il aurait pu se l'appliquer à lui-même et à plus d'un incident de cette campagne longue et inutile.

©BIUM

Inutile, c'est peut-être trop dire ; car elle eut des résultats favorables et, sans doute, inattendus. Lorsqu'il fut démontré que la « pellagre des aliénés », qu'on appelait malicieusement la « pellagre des aliénistes », n'avait aucun rapport avec la pellagre véritable, qu'elle ne constituait pas une espèce morbide, on étudia mieux ses symptômes pour leur donner leur exacte signification. Débarrassé de toute « idée préconçue », on dut reconnaître que cet ensemble symptomatique n'avait d'autre origine que la misère physiologique, et, surtout, l'alimentation insuffisante. La cause étant trouvée, le remède en découlait naturellement. Mais, ici, intervenait la fameuse « question de budget ». Grâce aux efforts, à la persévérance des médecins des asiles, elle fut heureusement résolue. Les aliénés mieux nourris, soumis à une hygiène plus rationnelle, la cachexie dont Billod s'était institué le parrain disparut, et cette maladie nouvelle entra dans le cadre des maladies éteintes. La pellagre des aliénés alla rejoindre le scorbut, cette autre soi-disant complication de la folie, qu'une hygiène appropriée avait depuis longtemps chassé de nos asiles. De tels progrès dus à la science de nos prédécesseurs, à leur sentiment élevé du devoir professionnel, ne sont-ils pas la meilleure réponse à ces esprits chagrins, ou insuffisamment renseignés, qui vont répétant que, depuis Pinel, rien ne s'est fait pour le traitement et pour l'amélioration du sort des aliénés ?

Après avoir, pour assainir Paris, éventré de nombreux quartiers, percé force rues et boulevards, établi des marchés et des jardins publics, le baron Haussmann, préfet de la Seine, eut l'heureuse idée de s'occuper de l'hospitalisation des aliénés de son département. Aidé des conseils de notre collègue, Girard de Cailleux, il décida la création d'un certain nombre d'asiles spéciaux, à Paris et dans les environs. Trois seulement de ces

©BIUM

établissements furent construits : celui de Sainte-Anne, à Paris ; ceux de Ville-Evrard et de Vaucluse, situés non loin de la capitale. Le premier fut ouvert en 1867 ; les deux autres, à la fin de 1868.

Billod, à qui ses travaux scientifiques avaient acquis de la renommée, fut appelé à la direction de l'asile de Vaucluse. Bien que très flatté de ce poste de confiance, il eut quelque hésitation ; il ne quittait pas sans regret Sainte-Gemmes, témoin de ses luttes et de ses travaux, Angers où il laissait de nombreuses et agréables relations. Il accepta néanmoins, mais sans enthousiasme. Il ne se dissimulait pas les difficultés sans nombre qui accompagnent toute organisation à créer ; mais, en habile administrateur qu'il était devenu, il eut tôt fait de les surmonter ; quelques mois lui suffirent pour donner un mouvement régulier et harmonieux aux rouages compliqués qui constituent un établissement d'aliénés.

Tout marchait à souhait, lorsque la guerre éclata ; en peu de semaines, la défaite et l'invasion amenèrent le désordre dans les services publics. Paris investi, l'asile de Vaucluse se trouva complètement isolé au milieu des cantonnements de l'ennemi. Sans instruction de ses chefs qui, dans le désarroi, l'avaient oublié, Billod fut livré à ses propres ressources. Si l'on en vit qui, en pareille occurrence, courbant le front devant les menaces, se montrèrent d'une faiblesse coupable, lui, au contraire, fut à la hauteur des nouvelles responsabilités qui lui incombaient ; il tint courageusement tête aux exigences du vainqueur et s'opposa de toutes ses forces à l'occupation de l'asile par les troupes allemandes. Pour se mettre à l'abri des vexations inévitables d'une armée victorieuse, il se rendit à Versailles auprès de l'autorité supérieure prussienne, plaida avec chaleur la cause des malheureux confiés à ses soins et eut le bonheur d'obtenir complète satisfaction. Grâce à son énergique initiative, à sa téna-

©BIUM

cité patriotique, l'asile de Vaucluse resta terrain neutre, les malades et le personnel demeurant sous la seule sauvegarde du drapeau de la croix de Genève.

Cet acte, d'une si noble audace, couronné d'un plein succès, fait le plus grand honneur à la mémoire de notre regretté collègue ; il méritait une récompense ; elle ne se fit pas trop attendre : par un décret en date du 18 septembre 1872, Billod fut promu officier de la Légion d'honneur ; il n'était chevalier que depuis le 15 août 1868.

Dès que le calme eut succédé aux violentes secousses de l'année terrible, Billod se réfugia dans le travail, ce merveilleux dérivatif moral, et y trouva paix et réconfort. Son premier soin fut de remettre à l'étude le projet dès longtemps caressé, de transformer en une colonie d'idiots et d'enfants arriérés la ferme attenante au magnifique parc de Vaucluse.

Reprenant des notes adressées à l'administration la veille de la guerre, il les développe en un long rapport, d'une simplicité éloquente, plein de faits et d'idées, où il ne se contente pas de faire ressortir les avantages moraux et économiques d'une telle institution ; il défend pied à pied son projet contre ses adversaires, répond victorieusement aux objections des architectes et des ingénieurs, et, afin d'exciter l'émulation des pouvoirs publics, montre ce qui s'est fait dans cette direction à l'étranger, spécialement en Angleterre.

Lorsque, après un stage obligé dans les bureaux et de nombreux voyages à travers des commissions variées, le projet vint enfin devant le conseil général de la Seine, il y fut accueilli avec faveur et adopté presque sans discussion. C'est qu'il était présenté et soutenu par deux hommes qui avaient une autorité incontestée dans les questions d'assistance des aliénés, dont le caractère et le savoir étaient tenus en haute estime par l'assemblée

©BIUM

départementale ; j'ai nommé Charles Loiseau, qui fut l'un des nôtres, et notre savant et distingué confrère, M. le Dr Thulié.

La satisfaction de Billod fut grande en apprenant ce succès. Par un sentiment de pieuse reconnaissance, il en fit remonter tout le mérite, moins à ses efforts personnels, qui furent grands, qu'aux enseignements de son premier maître, à Félix Voisin, un des premiers apôtres, en France, du relèvement des idiots et des enfants arriérés par une éducation méthodique et raisonnée.

Billod fut un des membres les plus actifs et les plus dévoués de notre Compagnie ; il donna son avis sur la plupart des questions importantes qui la passionnèrent pendant les trente dernières années. Cet avis, fortement motivé, est, presque toujours, marqué au coin de la saine raison, du sens pratique, d'un savoir étendu. On se rappelle encore son intervention dans les débats sur les aliénés dangereux, sur la folie avec conscience, sur les divers modes d'assistance des aliénés, sur les asiles spéciaux pour les ivrognes, sur l'épilepsie larvée, toutes questions qui nous divisent encore, sur lesquelles nous avons tout intérêt à consulter les opinions de nos prédécesseurs, ne serait-ce que pour rendre justice à leurs efforts et nous éviter d'inutiles redites.

Son rôle ne se borna pas à discuter les opinions des autres pour y substituer les siennes ; il nous apporta souvent le résultat de ses recherches et de ses méditations dans des mémoires plus étendus, dont le plus curieux est peut-être celui où il étudie « les effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie ». Souvent aussi il vint consulter ses collègues sur certains points délicats de déontologie médicale. Il souleva ainsi devant vous, Messieurs, la question tant controversée du mariage des aliénés dans les asiles ; celle, non moins importante, du droit et du

©BIUM

devoir des médecins d'asiles en présence des affections chirurgicales de leurs malades ; et l'on n'a sans doute pas oublié le débat, d'une si grande élévation morale, qui se produisit à la séance où il sollicita votre avis sur la conduite à tenir par le médecin aliéniste lorsqu'il est consulté par une personne se croyant menacée de folie parce qu'issue de parents aliénés.

L'œuvre scientifique de Billod méritait, par son importance et sa valeur, une sanction académique ; elle lui fut accordée : dans sa séance du 8 février 1881, l'Académie de médecine, à une belle majorité, élut notre confrère membre correspondant national. Il considéra ce titre, moins comme un honneur que comme une fonction, lui imposant de nouveaux devoirs. C'était pour lui comme une tribune plus élevée d'où il pourrait exposer les idées qui lui étaient chères. Il prit une première fois la parole sur la question des aliénés criminels, sujet d'une douloureuse actualité par suite de l'attentat récent commis par un persécuté sur un de ses collègues de l'Académie. Lors de la discussion sur la revision de la loi du 30 juin 1838, introduite par le remarquable rapport de Blanche, il défendit avec beaucoup de mesure, mais avec une froide énergie, l'œuvre de Ferrus et d'Esquirol, que d'autres, obéissant aux objurgations d'une opinion publique égarée, s'appliquaient à déformer, même à démolir.

Billod prit sa retraite au mois de novembre 1880 ; il en profita pour satisfaire son goût inné pour les voyages. Durant sa longue carrière, il avait parcouru l'Italie à plusieurs reprises, visité l'Angleterre et la Hollande, donnant partout libre cours à sa curiosité pour les choses de la médecine mentale. Il retourna une dernière fois en Italie, en 1881 : il avait été chargé par le ministre de l'Instruction publique d'y étudier l'organisation de l'enseignement des maladies mentales et ner-

©BIUM

veuses. Avec quel zèle et quelle intelligence, avec quel souci du document exact cette mission fut remplie, il est facile de s'en rendre compte en lisant le volume où sont consignés ses résultats.

Comme la plupart des médecins et des administrateurs de son temps, Billod avait l'abord solennel ; l'importance de ses fonctions semblait en quelque sorte se refléter en son habitus extérieur. Très imbu des préjugés hiérarchiques, il s'attachait à conserver, moralement et matériellement, les distances entre lui et ses subordonnés. C'est peut-être un travers d'esprit, mais qui ne semble pas exclusif de bonté et de bienveillance à l'égard des inférieurs. Cependant, cet homme si froid et si réservé en public, devenait tout autre dans l'intimité. Tous ceux qui l'ont approché de près s'accordent à nous le représenter comme un enthousiaste des belles choses et des grandes idées, comme une nature expansive et affectueuse, se dépensant volontiers en saillies, en jeux de mots, s'appliquant à faire des heureux autour de lui.

Billod avait une très haute opinion de ses droits et devoirs professionnels ; s'il savait, à l'occasion, défendre les premiers avec une rare énergie, il apportait dans l'accomplissement des seconds la plus scrupuleuse exactitude. Médecin dévoué à ses malades, il se sentait tout spécialement attiré vers ces questions si complexes de législation et d'assistance des aliénés, qui passionnent avec raison les esprits élevés et les cœurs généreux. Pour lui, comme pour ses premiers maîtres, l'obligation sociale envers ces malheureux ne devait pas s'arrêter à leur sortie de l'asile ; aide et protection leur étaient dus, même après la liberté reconquise. Pour la solution des problèmes qui nous divisent, pour le soulagement des misères confraternelles, il avait foi en la solidarité ; et cette foi était agissante, parce que sincère. Il en donna

©BIUM

maintes preuves durant sa vie ; il en donna une dernière, et des plus rares, après sa mort : par une clause de son testament, il légua la somme de cinq mille francs à partager également entre l'Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine, créée par Falret père, continuée avec tant de dévouement par notre collègue M. Jules Falret, et l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, cette fondation d'une si haute philanthropie due à l'heureuse initiative et à la persévérance infatigable de notre vénéré maître Baillarger.

Lorsque nous le vîmes pour la dernière fois au milieu de nous, dans le courant de l'année 1884, Billod n'était plus que l'ombre de lui-même : ses traits affaissés, sa démarche hésitante, une certaine lenteur dans l'expression des idées, tout semblait indiquer une de ces affections du cerveau dont l'issue plus ou moins éloignée est toujours fatale. Il ne s'illusionnait pas sur son état et en paraissait profondément impressionné. « La mort « qui prévient la caducité, dit La Bruyère, arrive plus « à propos que celle qui la termine. » Billod n'eut pas ce douloureux privilège. Retiré à Château-Gontier ,il traîna, pendant près de dix-huit mois, « les restes d'une mourante vie », pour s'éteindre le 26 février 1886, à l'âge de soixante-sept ans.

« Si l'on ne doit aux morts que la vérité, a-t-il été « dit, au moins leur doit-on la vérité. » Cette vérité, quelque délicate qu'elle fût parfois, j'ai cru la devoir entière à notre regretté collègue ; mais si je n'ai passé sous silence aucune de ses erreurs, j'ai eu plaisir à montrer ses rares talents et son excellent mérite. Peut-être, par une préoccupation exagérée de la réalité, ai-je trop poussé les ombres du portrait que j'ai tracé ; le temps, qui efface bien des choses, les adoucira pour ne laisser

©BIUM

en pleine lumière que les incontestables qualités du modèle. Nos arrière-petits-neveux qui danseront sur nos tombes, s'ils ont encore quelque souci de l'histoire des sciences, s'inquiéteront peu de nos défauts et de nos erreurs ; ils ne chercheront dans nos œuvres que les vérités utiles dont nous aurons enrichi la médecine mentale et qui seront dignes de faire partie du capital scientifique de l'Humanité.

TRAVAUX DU Dr BILLOD

Emploi du datura stramonium contre les hallucinations. In *Gazette des hôpitaux*, novembre 1842.

Recherches et considérations relatives à la symptomatologie de l'épilepsie. In *Ann. méd.-psych.*, novembre 1843.

Considérations médico-psychologiques sur le traitement de la folie. *Thèse* de Paris, 1846.

Des maladies de la volonté ou étude des lésions de cette faculté dans l'aliénation mentale. In *Ann. méd.-psych.*, juillet, septembre et novembre, 1847.

Nouvel appareil pour l'alimentation forcée des aliénés. Communication à l'Académie de médecine. Séance du 7 mars 1850. In *Ann. méd.-psych.*, avril 1850.

Recherches sur la paralysie générale des aliénés. In *Ann. méd.-psych.*, octobre 1850.

Rapports médico-légaux : 1° Coups et blessures volontaires : 2° Tentative d'assassinat : 3° Tentative d'incendie. In *Ann. méd.-psych.*, avril 1851.

Note sur les intervalles dits lucides chez les aliénés. In *Ann. méd.-psych.*, juillet 1852.

D'une endémie de pellagre observée dans les asiles d'aliénés des départements d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire. Travail présenté à l'Académie de médecine. In *Ann. méd.-psych.*, octobre 1855.

Des diverses formes de lypémanie. Essai de classification et séméiologie. In *Ann. méd.-psych.*, juillet 1856.

D'une variété de pellagre propre aux aliénés, à propos d'une endémie de cette affection observée à l'asile du département de Maine-et-Loire. In *Archives générales de médecine*, mars, avril, mai, juin et juillet 1858.

Rapport sur l'état mental du sieur Charles P..., inculpé de tentative de meurtre sur la personne d'un magistrat. In *Ann. méd.-psych.*, avril 1858.

©BIUM

Rapport médico-légal sur l'état mental de la nommée Adeline Sch..., prévenue de coups et blessures. In *Ann. méd.-psych.* octobre 1858.

D'une variété de pellagre propre aux aliénés, ou pellagre consécutive à l'aliénation mentale. In *Ann. méd.-psych.*, avril 1859.

D'une cachexie spéciale et propre aux aliénés. In *Archives générales de médecine*, avril 1860.

De la pellagre en Italie et plus spécialement dans les établissements d'aliénés. Rapport au ministre de l'Intérieur, 1860.

Rapports médico-légaux. Trois cas de simulation de folie. In *Ann. méd.-psych.*, avril et juillet 1860.

De la lésion de l'association des idées. In *Ann. méd.-psych.*, octobre 1861.

Marche de l'endémie pellagreuse à l'asile de Sainte-Gemmes, pendant l'année 1861. In *Gazette des hôpitaux*, nº de janvier 1862.

Rapport médico-légal. Assassinat. Affaire Lacoste (en collaboration avec les Drs Daviers et Péon). In *Ann. méd.-psych.*, janvier 1862.

Rapport médico-légal sur l'état mental de la fille Kerdal, prévenue d'une tentative d'empoisonnement sur la personne de son maître M. le Dr F..., médecin à Angers. In *Ann. méd.-psych.*, avril 1862.

Note sur la pellagre et le typhus pellagreux, lue à l'Académie des sciences dans la séance du 27 octobre 1862. In *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 novembre 1862.

De l'amaurose et de l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale progressive. In *Ann. méd.-psych.*, novembre 1863 et janvier 1864.

Pellagre consécutive à l'aliénation mentale. Résultat d'une enquête suivie avec le plus grand soin dans 57 asiles. In *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 9 novembre 1863.

Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Charles, accusé d'assassinat sur la personne de sa femme (en collaboration avec le Dr Daviers). In *Ann. méd.-psych.*, septembre 1865.

Traité de la pellagre d'après les observations recueillies en Italie et en France, suivi d'une enquête dans les asiles d'aliénés, 1 vol. in-8º de 615 p. Paris, 1865.

Considérations médico-légales sur les intervalles dits lucides chez les aliénés. Mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 26 mars 1867. In *Des maladies mentales et nerveuses*, 1882, t. I, p. 413.

Rapport médico-légal sur un cas de simulation de folie. In *Ann. méd.-psych.*, juillet 1868.

Des aliénés dangereux. Communications faites à la Société médico-psychologique. In *Ann. méd.-psych.*, mai et novembre 1869.

Des aliénés avec conscience de leur état. Communication à la Société médico-psychologique. In *Ann. méd.-psych.*, mars 1870.

©BIUM

Note sur l'emploi des marmites isolées autrement dit norvégiennes dans les asiles d'aliénés. In *Ann. méd.-psych.*, janvier 1874 et janvier 1877.

Etude sur des questions concernant la réorganisation du service des aliénés de la Seine. In *Ann. méd.-psych.*, juillet et septembre 1874.

Du droit et du devoir du médecin en présence dos opérations dont le besoin peut surgir, chez les aliénés, pour le traitement des affections chirurgicales intercurrentes. In *Ann. méd.-psych.*, mai 1876.

Contribution à l'étude de l'aphasie. Communication à la Société médico-psychologique. In *Ann. méd.-psych.*, mai 1877.

Des aliénés dits criminels. Communication à la Société médico-psychologique. In *Ann. méd.-psych.*, juillet 1878.

Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie. In *Ann. méd.-psych.*, mars 1879.

Paralysie générale survenant comme complication dans le cours d'une folie simple. In *Ann. méd.-psych.*, septembre 1879.

Compte rendu des travaux de la section de médecine mentale au Congrès médical d'Amsterdam. In *Ann. méd.-psych.*, n° de novembre 1879.

Visite à quelques asiles d'aliénés ou d'idiots de la Hollande. In *Ann. méd.-psych.*, janvier 1880.

Démence aiguë sans délire, suivie de lypémanie avec délire de persécution d'abord, et délire hypocondriaque ensuite. In *Ann. méd.-psych.*, mai 1881.

Des maladies mentales et nerveuses. Pathologie, médecine légale, administration des asiles d'aliénés, etc. 2 vol. in-8°. Paris, 1882.

N. B. — Dans ces deux volumes sont recueillis la plupart des travaux et mémoires publiés par le Dr E. Billod.

De la conduite à tenir quand on est consulté par un sujet menacé de folie parce qu'il est issu de parents aliénés. In *Ann. méd.-psych.*, mai 1883.

D'une lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels. Communication à l'Académie de médecine, séance du 1er mai 1883.

Les aliénés en Italie; établissements qui leur sont consacrés; organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses. 1 vol. in-8° de 359 pages, Paris, 1884.

Sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés. Communication à l'Académie de médecine, séance du 12 février 1884.

©BIUM

Psychologie morbide.

HISTOIRE

DES

SUGGESTIONS RELIGIEUSES

DE FRANÇOIS RABELAIS

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

INTRODUCTION

Dans une *Histoire des suggestions religieuses dans la famille de Blaise Pascal*, et dans une étude sur *Les lois psychologiques de l'hiérogénie* (1), j'ai montré avec quelle facilité les idées religieuses, ou mieux les systèmes d'ondulations nerveuses correspondants, s'imprimaient sur les neurones cérébraux des maladifs, des névropathes, des psychopathes, des hystériques, des neurasthéniques, des mélancoliques, des surémotifs, des tristes, des humbles, des timides et des craintifs, de tous les sujets enfin dont la suggestibilité était augmentée. J'ai montré comment ces idées réagissaient sur leur émotivité, leur sentimentalité, leur imagination, leur idéation, leurs jugements, leurs raisonnements, leurs actes, et devenaient les assises de leur morale. J'ai fait

(1) In *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*. 1898, 1899, 1900.

©BIUM

voir que, les ondulations nerveuses passant d'un cerveau à un autre, après une transformation momentanée en ces divers ordres de mouvements (contractions musculaires, ondes lumineuses, ondes sonores) qui constituent les signes, ces idées se propageaient d'autant mieux que les relations des sujets entre eux étaient plus intimes et plus prolongées, et que leur organisation était plus semblable ; que ces idées enfin donnaient lieu à des foyers épidémiques dont j'ai étudié le mode de formation (chapelets et triangles de suggestion religieuse, hiérosyncrotèmes). Amené ainsi à comparer la contagion religieuse à la contagion microbienne, la première différant d'ailleurs de la seconde en ce qu'il n'y a pas transport de matière, mais propagation de mouvement, j'ai pu dire que les idées religieuses se comportaient, par rapport aux sujets qui faisaient alors l'objet de mon étude, comme des germes par rapport à un terrain favorable, comme des parasites par rapport à un corps épuisé.

Nous allons assister maintenant à leur lutte avec un organisme muni de puissants moyens de résistance, et qui bientôt leur opposera les meilleurs de ces phagocytes psychiques que sont les acquisitions des sens et du raisonnement. Nous allons les voir contaminer un cerveau vigoureux, déterminer en lui une psychose religieuse à forme bénigne, puis diminuer de nombre, perdre de leur virulence, et ne laisser enfin que des nids d'erreurs.

C'est que la suggestibilité est une propriété, non pas exceptionnelle, mais générale de l'être humain au stade actuel de son développement. Chaque cerveau est un cliché immense que toute lumière impressionne, et qui prend souvent la lueur d'un cierge pour la clarté du jour. Cette lueur vague, que les suggestionneurs de son enfance et de son adolescence laissèrent seule pénétrer

©BIUM

en François Rabelais, donna une première et mauvaise épreuve, jusqu'à ce que le grand homme, ayant offert la nature tous les objectifs de ses sens, la lumière du soleil emplit la chambre noire, et mit sur le cliché une seconde image plus vaste et plus nette, encore que troublée çà et là par ce qui restait de la première.

Puisse cette étude, où la psychologie normale et la psychologie pathologique sont étroitement unies, s'ajouter aux acquisitions récentes de l'hypnologie et de l'hiérologie comparée, et contribuer à la démonstration de cette vérité que la science est le seul fondement solide des hypothèses métaphysiques et de la morale.

CHAPITRE PREMIER

François Rabelais.

François Rabelais, dont j'ai recueilli le dossier physio-psychologique, était bien l'homme de son livre, un être riche en substance, bien en chair, haut en couleur, robuste, énergique, « sain et dégourd », dit-il lui-même, plein de force, de vie et de gaieté. Voici ce qu'écrit son biographe du XVII^e^ siècle, Antoine Leroy, d'un portrait du maître qu'il vit chez Guy Patin : « Sa figure, sa physionomie, son attitude portaient les marques de la dignité. Son visage était agréable, et n'offrait rien de ridicule, ni de vicieux, ni de trop sévère, ni de trop triste. Il était empreint d'une gravité tempérée de douceur. Aucune contraction ni du front ni des sourcils ; de beaux yeux, le teint frais, le nez sans rien de particulièrement défectueux ; les joues légèrement saillantes ; les cheveux assez abondants et la barbe ample et arrondie, rappelant la couleur de la noisette fraîche. La bouche était si gracieuse et exprimait une telle douceur que vous eussiez dit qu'une abeille y avait déposé son

©BIUM

miel (1). » Cette description répond assez bien à un autre portrait, celui de la Faculté de médecine de Montpellier (2). François Rabelais voyait bien. Il était sensible à la musique, et à la musique élevée. Il était doué de cette attention ferme qui fait les grands observateurs. Sa mémoire était vaste et durable. Son imagination féconde, et surtout visuelle. Il était actif, laborieux, réjoui, enthousiaste. Il aimait la vie et les hommes, la vérité, la justice et la beauté. C'était un savant doublé d'un artiste, un brave homme rehaussé d'un homme de génie.

CHAPITRE II

François Rabelais, élève de l'abbaye bénédictine de Seuilly.

François Rabelais naquit vers 1495, à la Devinière, près Chinon. Chinon, qui comptait alors six églises et quatre monastères, était une ville pieuse dans une province pieuse. Au roi d'alors, Charles VIII, grand ami des moines et protecteur de Robert Martotillo (saint François de Paule) devait succéder, trois ans plus tard, Louis XII, qui prit un cardinal pour premier ministre et un évêque pour garde des sceaux.

La Devinière est aujourd'hui un hameau de cinq à six maisons, situé au penchant d'une colline. A deux ou trois mille mètres plus bas, on trouve un cottage, qui fut autrefois l'abbaye bénédictine de Seuilly. C'est là que François Rabelais alla à l'école.

On peut dire des générations, comme des individus,

(1) *Elogia Rabelæsiana*. Man. de la Biblioth. nat.
(2) Voir Georges d'Albenas. *Les portraits de Rabelais*. Montpellier, 1880.

©BIUM

que leur foi est en raison inverse de leur science. Je dis science, et non érudition. Le moyen âge, époque religieuse, fut une époque d'ignorance. Au v^e^ siècle, s'il faut en croire Sidonius Apollinaris, « les jeunes gens n'étudient plus, les professeurs n'ont plus d'élèves, la science languit et meurt ». Au IX^e^ siècle, Loup, abbé de Ferrières, déclarait que l'étude des lettres était presque nulle. Au XI^e^ siècle, Adalbéron, évêque de Laon, écrivait « que plus d'un évêque ne savait que compter sur ses doigts les lettres de l'alphabet » (1). Au XII^e^ siècle, où la théologie était en honneur, on ne cultivait en revanche les mathématiques, dit un bénédictin, que pour calculer la date du jour de Pâques (2).

Les écoles dépendaient alors des monastères. En 788, Charles de Landen (Charlemagne), faisant allusion à un article de ses *Capitulaires*, écrivait aux évêques : « Nous avons jugé utile que, dans les évêchés et les monastères, l'on prît soin, non pas seulement de vivre régulièrement selon notre sainte religion, mais encore d'enseigner la connaissance des lettres à ceux qui sont capables de les apprendre avec l'aide du Seigneur. » Dans ces écoles monacales, on ne faisait étudier la grammaire aux enfants que pour leur permettre de parvenir à l'intelligence d'ailleurs purement littérale des livres catholiques et on leur apprenait à chanter les psaumes. L'instruction avait donc au moyen âge, comme le remarque Guizot, un but exclusivement religieux, et ne servait qu'à propager la connaissance et la pratique du christianisme.

La règle des bénédictins fait mention des soins qu'exige l'éducation des jeunes écoliers. Cette éducation

(1) Théry. *Histoire de l'éducation en France.*
(2) Compayré. *Histoire critique des doctrines de l'éducation en France.*

©BIUM

comportait d'abord la correction physique. Sur la somme que versait chaque élève au monastère, une portion était affectée à l'achat de verges que détenait le maître-portier ou *frère fouetteur*. Un abbé disait, au sujet des enfants qu'il enseignait, à Anselme, archevêque de Cantorbéry (saint Anselme) : « Jour et nuit, nous ne cessons de les frapper, et ils empirent toujours. » Néanmoins par ces moyens et par d'autres, on habituait les enfants à conserver une attitude réservée, à tenir leurs yeux baissés et à garder le silence. Cette docilité obtenue, toutes les suggestions réussissaient.

Dans son roman, au livre I, chapitre XIV, où il est conté « comment Gargantua fut institué par ung sophiste en lettres latines », François Rabelais énumère les ouvrages qui servaient de son temps à l'instruction de la jeunesse. C'était, outre le Compost, traité élémentaire d'astronomie, et les manuels de linguistique :

Le *Mammotrectus* (mammo tratto, traité pour les nourrissons) du cordelier Marchesino, qui vivait vers 1300, ouvrage destiné à conduire à l'intelligence des termes de la Bible et du bréviaire les enfants destinés à la clergie ou déjà clercs ;

Le *Passavantus cum commento*, c'est-à-dire la *Cité de Dieu* d'Aurelius Augustinus (saint Augustin), avec les commentaires du jacobin Jacques Passavant, qui vivait au XIV^e^ siècle ;

Le *Dormi securé*, recueil de sermons imprimé en 1486 ;

Le *Seneca de quatuor virtutibus cardinalibus*, faux traité de Séneca, ouvrage d'un certain Martin, évêque ;

Trois traités faisant partie des *Auctores octo morales*, recueil imprimé en 1490. Ces trois traités étaient : les *Paraboles* d'un certain Alain, religieux de Cîteaux ; le *Theodolus*, églogue où l'on voit le Mensonge soutenir les fables païennes, la Vérité défendre l'Ancien et le

©BIUM

Nouveau Testament, et la Sagesse prendre parti pour la Vérité contre le Mensonge ; enfin le *Facet* de Reinerus Alemanni, traité de morale chrétienne « loquens de præceptis et moribus a Cathone in sua Ethica obmissis ». Rabelais termine cette énumération par un *et cætera* piquant : « et quelques autres de semblable farine » à la lecture desquels Gargantua devint aussi « saige qu'oncques puis ne fourneasmes nous », ce qui veut dire, d'après Le Duchat, commentateur de l'édition de 1732 : « Son pain ne se trouva pas plus cuit que ne l'était le nôtre quand nous enfournâmes. »

On faisait aussi apprendre par cœur aux enfants les les *Sept pseaulmes de la Pénitence* (ps. VI, XXXI, XXXVII, L, CI, CXXIX, CXLII de la Vulgate) que cite Rabelais, et que nous trouvons mentionnés d'autre part dans les comptes, pour l'année 1454-1455, de Marie d'Anjou, femme de Charles VII, parmi les livres dont se servait Charles, duc de Berry, second fils du roi, alors âgé de huit ans. Voici quelques-unes des pensées qui s'imprimèrent dans le cerveau du jeune François Rabelais : « Seigneur... serrez avec le mords et la bride la bouche de ceux qui ne s'approchent pas de vous. Les pécheurs seront frappés de plusieurs fléaux ; mais la miséricorde environnera celui qui espère dans le Seigneur » (Ps. XXXI).

« Il n'y a point de paix dans mes os à la vue de mes péchés..... La pourriture et la corruption s'est mise dans mes plaies à cause de ma folie..... Mon péché me tiendra dans une agitation continuelle..... Hâtez-vous de me secourir, vous qui êtes le Dieu de mon salut » (Ps. XXXVII).

« Je reconnais mes crimes, et mon péché est toujours devant moi..... J'ai été engendré dans l'iniquité, et ma mère m'a conçu dans le péché. Mon Dieu... rendez-moi la joie de votre grâce salutaire, et fortifiez-moi par l'es-

©BIUM

prit d'une piété toute volontaire. J'apprendrai vos voies aux pécheurs et les impies se convertiront à vous..... Seigneur, ouvrez mes lèvres, et ma bouche annoncera votre louange..... L'esprit affligé est le sacrifice que Dieu demande » (Ps. L).

« Seigneur..... faites-moi connaître la voie pour laquelle je dois marcher, parce que je tiens mon âme élevée vers vous. Conservez-moi la vie, Seigneur, pour la gloire de votre nom..... Vous perdrez tous mes ennemis à cause de votre miséricorde » (Ps. CXLII).

Cette poésie douloureuse, suppliante et vindicative, qui enseigne le mépris de la vie, la tristesse et la haine, et dont les idées ne sauraient résister à l'examen, est en revanche d'une beauté d'expression qui en fait une des plus suggestives qui soit, car l'admiration est un des meilleurs adjuvants de la suggestion des idées. Il n'est pas hors de propos de rappeler ici que Liébeault trouve, parmi les enfants de sept à quatorze ans, 55,3 sujets hypnotisables p. 100, et que, selon Bérillon, sur dix enfants de six à quinze ans pris dans toutes les classes de la société, huit sont susceptibles d'être endormis dès la première ou la seconde séance. L'hypersuggestibilité à l'état de veille est naturellement dans le même rapport.

CHAPITRE III

François Rabelais chez les cordeliers de la Basmette.

« Tandis que les monastères ordinaires servaient d'école primaire à la jeunesse des environs, dit Montalembert (1), les sujets distingués étaient réunis dans les

(1) Montalembert. *Les moines d'Occident.*

©BIUM

écoles supérieures établies dans les grandes communautés, sous la direction de religieux non moins versés dans la littérature profane que dans la théologie..... Naturellement, ces grandes écoles étaient de deux sortes, ou, pour mieux dire, dans les principaux monastères existaient deux écoles : l'une intérieure, pour les novices, pour les futurs religieux....; l'autre extérieure, pour ceux qui devaient rentrer dans le monde. »

Il semble que le couvent de la Basmette, près Angers, tint le milieu entre les écoles primaires et ces grandes écoles. A la date du 28 mai 1517, on y comptait vingt religieux, dont un professeur et cinq prédicateurs (1). C'est là, selon Stapfer (2), que François Rabelais continua ses études.

Son père, Thomas Rabelais, voulait qu'il fût cordelier. C'est du moins ce que dit expressément Antoine Leroy : « Cordigerum esse vult pater ». A cette époque en effet, l'ambition des parents était de faire de leurs fils des clercs. Mais à ce mobile se joignait souvent un motif. François Rabelais, cadet de plusieurs garçons, était, quant à lui, de ces moines issus de la contrée qu'il appellera plaisamment Trop d'itieulx (trop d'iceux) : « Ils apparaissent, dit-il, quand en quelcque noble maison de ceste contrée dernière y ha trop d'enfans soient masles, soient femelles ; de sorte que qui à touts parts feroyt de l'héritage (comme raison le veut, nature l'ordonne, et Dieu le commande) la maison seroyt dissipée. » (V. 4.)

On peut même supposer qu'il entra chez les cordeliers à titre d'oblat. La coutume de l'oblation datait des premiers temps des suggestions chrétiennes, et les conciles lui avaient donné force de loi. Le concile de Worms

(1) Célestin Port. *Dictionnaire de Maine-et-Loire.*
(2) Stapfer. *Rabelais.*

©BIUM

(1122) paraphrasant et développant un canon du concile de Tolède (656), s'exprime ainsi : « Si le père ou la mère ont offert au monastère leur fils ou leur fille, pour y vivre régulièrement, il ne leur est pas permis, lorsqu'ils sont dans un âge plus avancé, de retourner au monde ou de se marier. Parce que c'est un crime que des enfants offerts et consacrés à Dieu par leurs parents s'abandonnent à la volupté. » On voit qu'à cette époque, on ne respectait guère ce *droit de l'enfant*, que Victor Hugo proclama à la tribune, et que les études sur la suggestion ont rendu si clair. L'oblation se faisait parfois dès la naissance, et même par testament. Le père léguait son fils à un abbé, comme un dompteur lèguerait un lionceau à un autre dompteur.

Le monachisme, qui cadrait si bien avec la religion de faiblesse, d'humilité et de renoncement instituée par Joshua, devait prendre dans ces conditions, et prit, en effet, un développement considérable.

A la fin du IVe siècle, on comptait en Europe presque autant de moines des deux sexes que de gens mariés. Si tous ces célibataires n'avaient été que des psychopathes incapables d'affronter la société humaine, nous n'aurions pas à nous plaindre de leur vie et de leur progéniture perdues. Bien au contraire, il faudrait voir dans le monachisme une méthode vraiment providentielle de sélection. Mais, au moyen âge, il n'en était pas toujours ainsi. Les moines n'étaient pas tous, et Rabelais en est un exemple, du pays des *Minus habentes*. Ils étaient pour beaucoup de *Trop d'itieulx* et d'ailleurs :

« Plus grand nombre nous vient de Jour sans pain, qui est excessivement long, car les Asaphis, habitants d'icelle contrée, quand sont en dangier de pastir malesuade, par non avoir de quoy soy alimenter, et ne sçavoir, ne vouloir rien faire, ne travailler en quelque honneste art et mestier, ne aussi féablement à gents de bien soy

©BIUM

asservir. Ceulx aussi qui n'ont pu jouir de leurs amours, qui ne sont parvenus à leurs entreprenses, et sont désespérez. Ceux-là pareillement qui meschantement ont commis quelcque cas de crime, et lesquels on cherche pour à mort ignominieusement mettre, touts advolent icy, ont leur vie assignée, soubdain deviennent gras comme glirons, qui paravent estoyent maigres comme pics ; icy git parfaicte seureté, indemnité et franchise. » (V. 4.) François Rabelais écrivit ces lignes à la fin de sa vie. Mais nous n'avons aucune raison de croire qu'il fut aussi irrespectueux dans son enfance et dans sa jeunesse.

Ce fut, selon Stapfer, à la Basmette qu'il fit la connaissance des frères du Bellay et de Geoffroy d'Estissac, que nous retrouverons dans la suite.

CHAPITRE IV

François Rabelais cordelier.

En 1509, c'est-à-dire vers l'âge de quatorze ans, François Rabelais entrait au couvent de cordeliers de Fontenay-le-Comte, en Vendée, province plus religieuse encore que l'Anjou et que la Touraine. Il n'en devait sortir que vers vingt-neuf ans, en 1523 ou 1524.

La vie qu'il y mena fut naturellement conforme à la règle et aux traditions des cordeliers. Nous allons les étudier.

Les cordeliers, ou frères mineurs, faisaient partie de l'ordre des franciscains, ou moines mendiants. Cet ordre avait été fondé en 1223 par Jean Bernardon, dit saint François d'Assise. Bernardon prêchait l'humilité, l'abnégation de la volonté, la mortification du corps, la pau-

©BIUM

vreté et la mendicité. Quarante ans après sa mort, l'ordre comptait 200.000 membres et possédait 8.000 couvents. Ce nombre ne fit d'ailleurs que croître, car la peste de 1348 enleva 190.000 franciscains. Bernardon, on le voit, était un suggestionneur de marque. A l'époque qui nous occupe, cet ordre était organisé de la manière suivante. Chaque couvent avait à sa tête un gardien. Plusieurs couvents formaient une custodie gouvernée par un custode ; plusieurs custodies, une province gouvernée par un ministre provincial. Les ministres provinciaux étaient eux-mêmes placés sous l'autorité d'un ministre général qui dépendait du pape. C'était une véritable hiérarchie militaire, où toute individualité disparaissait. Qui voulait entrer dans l'ordre se rendait auprès du ministre provincial, et, après avoir été examiné par lui sur la foi catholique, se déclarait soumis à cette foi, et s'engageait à y rester soumis jusqu'à sa mort. Il devait ensuite, et cela est fort beau, donner ses biens aux pauvres. Mais les cordeliers, ayant obtenu en 1430 du pape Othon Colonna (Martin V) une bulle leur permettant de posséder des biens meubles et immeubles, d'avoir des greniers à blé, à vin, à huile et à fruits, de recevoir des legs, de toucher des rentes et des revenus, et de faire gérer leurs biens, il n'est pas douteux que, pour la circonstance, les pauvres ne fussent autres que les cordeliers. C'était précisément ce relâchement de la règle qui les séparait des franciscains errants, et qui leur avait valu leur nom de *conventuels* de l'ordre de saint François.

Le postulant faisait un an de noviciat.

« L'an de probation expiré, lit-on dans les *Chroniques des frères mineurs*, les novices seront reçus à l'obédience, faisans vœu de garder toujours ceste reigle et vie. Il ne leur sera aucunement permis, après ladite probation, sous quelque prétexte que ce soit, de sortir

©BIUM

de ladicte Religion (1). » Etre reçu à l'obédience, c'était faire profession entre les mains du supérieur, et prononcer les trois vœux de pauvreté, de chasteté et d'obéissance, par lesquels les moines s'engageaient à entrer en lutte avec la nature. Comme le dit fort bien l'abbé Fleury (2), « par la pauvreté, ils renoncent aux biens extérieurs ; par la continence, à leur corps ; par l'obéissance, à leur volonté. » On ne pouvait faire profession avant l'âge de puberté, c'est-à-dire avant quatorze ans ; mais il va sans dire que pour l'oblat cette restriction à la main-mise sur les personnes était absolument illusoire. Les vœux étaient prononcés en public. Ils étaient de plus écrits et signés de la main du postulant.

On peut supposer que François Rabelais accomplit son année de noviciat à la Basmette, et qu'il fit profession dès son entrée au couvent de Fontenay-le-Comte.

Le nouveau profès recevait deux tuniques, l'une avec capuce, l'autre sans capuce, et une corde pour ceinture. Il ne devait porter de chaussures qu'en cas de nécessité. Les cordeliers avaient la tête rasée.

Bernardon dit dans sa règle : « Tous les Religieux seront vestus d'un drap vil, et le pourront rapiécer de sacs et autres pièces avec la bénédiction de Dieu. »

« Tous les Frères jeusneront depuis la feste de tous les Saincts, jusqu'à la nativité de nostre Seigneur : comme aussi le Caresme, qui dure quarante jours, lequel commence avec l'Epiphanie... Ceux qui le jeusneront de propre volonté seront bénis de Dieu, et ceux qui ne le jeusneront pas ne pécheront point, et même n'y sont pas tenus ; mais tous doivent jeusner le carême de devant la Pasque de la Résurrection de nostre Seigneur.

---

(1) Ce mot est pris ici dans son sens étymologique (religare-relier), c'est-à-dire dans le sens de communauté, couvent.

(2) Fleury. *Institutions ecclésiastiques*, 1771.

©BIUM

Cette règle n'oblige point de jeusner en autre temps, sinon le Vendredy ; mais, en cas de nécessité, les Religieux ne seront obligez au jeusne corporel. »

« Je commande fermement à tous les Frères, qu'ils ne reçoivent aucunement deniers et pécune, soit par eux-mêmes ou par personnes interposées... ; que les frères ne se puissent approprier chose aucune, comme maisons, terres, fermes, ny quelque autre chose que ce soit ; mais qu'ils vivent comme pélerins et estrangers en ce monde, servans nostre Seigneur en humilité et pauvreté ; qu'ils aillent avec confiance demander l'aumosne. » Nous avons vu que, sur cet article, les cordeliers avaient casuistiqué.

« Que ceux qui n'ont pas estudié ne se soucient point d'y comencer, mais qu'ils estudient surtout à avoir l'esprit de Dieu et sa sainte opération, de faire une continuelle oraison d'un cœur pur.

« Les Clercs diront le divin office, selon l'ordre de la sainte Eglise romaine, excepté le psautier, quand ils pourront avoir des bréviaires (1). »

« Tous les Frères de ceste Religion, soient tenus d'avoir toujiours un Ministre général et serviteur de tous les Frères, auxquels ils seront tenus fermement d'obéir... que les Ministres, comme serviteurs des autres, soient soigneux de visiter et admonester les Frères qui sont sous leur gouvernement ; et en estant besoin qu'ils corrigent ceux qui le mériteront, mais que ce soit avec humilité et charité... et que les Frères qui doyvent obéir, se souviennent que pour l'amour de Dieu, *ils ont renoncé à leur propre volonté* ».

« Je commande par obédience aux Ministres qu'ils procurent vers sa Sainteté, d'avoir un Cardinal pour

(1) Les clercs, opposés aux lais, étaient les moines destinés aux ordres, comme François Rabelais.

©BIUM

Gouverneur, Protecteur et Correcteur de ceste confraternité, afin qu'ils soient toujours subjects aux pieds de la Saincte Eglise Romaine, stables et fermes en la foy catholique. »

« J'admoneste les Frères au nom de nostre Seigneur Jésus-Christ qu'ils se gardent bien des grands et énormes péchez d'orgueil, vaine gloire, envie, avarice et des pensées et soing de ce monde. »

« Que chacun se juge et desprise soy-mesme. »

« J'ordonne et commande à tous mes Frères qu'ils n'ayent aucunes practiques suspectes avec les femmes ; et qu'ils n'entrent aux monastères des Religieuses, excepté ceux qui auront pour cet effect licence spéciale du siège apostolique. »

Cette règle recommandait aussi le silence.

Promulguée par Bernardon en 1210, elle avait été approuvée en 1223, par le pape Lambert de Fagnan (Honorius II). Les franciscains avaient obtenu par la suite l'autorisation de prêcher et de confesser.

Dans son roman (V. 17), François Rabelais nous parle de la vie des moines mendiants.

Il nous les montre chantant des hymmes dès la première heure du jour ; « amplement et copieusement baisloient, se déjeunoient de baisler..... baisloient aulcunes fois demi-heure, aulcunes fois plus, aulcunes fois moins, selon que le Prieur jugeait le desjeuner estre proportionné à la feste du jour, et après cela faisoient fort belle procession... Durant la procession, ils fredonnoient entre les dents ne sçait quelles antiphones ». De même après le diner, « ils prioient Dieu très bien, et tout par fredons ». Ils faisaient encore une procession à minuit, sans doute à l'occasion de matines.

J'ai déjà parlé de leur hiérarchie, voici quelques détails sur leur dépendance. Reprenant une décision du pape Rinaldi (Alexandre IV — bulle du 17 septembre

©BIUM

1257), le pape Gui de Foulques (Clément IV) écrivait, en novembre 1439, au général des franciscains : « Vous aurez tout pouvoir de prendre, arrêter, emprisonner et soumettre à la rigueur de votre discipline et excommunier les apostats de votre ordre, en quelque habit qu'ils puissent être trouvés, vous servant pour ce faire du bras séculier. » D'autre part, le gardien de chaque couvent jugeait et punissait sans contrôle les fautes commises contre la règle, car tout abbé était maître absolu dans son monastère, et les religieux ne pouvaient en appeler des peines infligées par lui aux juridictions séculières et ecclésiastiques. Ainsi en avait décidé le concile d'Agde (455), ainsi en avaient ordonné les papes Pierre Tomacelli (Boniface IX), Julien de la Rovère (Jules II — bulle du 4 novembre 1510), Jean de Médicis (Léon X — bulle du 29 avril 1518). Cette autorité de l'abbé était assurée par les magistrats du roi, gardiens et conservateurs de la police ecclésiastique. De plus, les franciscains devaient se confesser aux religieux, supérieurs et prélats de leur ordre, et les plus jeunes devaient être soumis aux plus anciens.

De telle sorte qu'à la Basmette et à Fontenay-le-Comte, François Rabelais, prisonnier dans son couvent, soumis à une discipline sévère et à une surveillance attentive, préparé aux suggestions religieuses par le jeûne, la veille, le silence et les troubles mentaux que déterminent la continence ou la perversion sexuelle, autosuggestionné par ses vœux et par ses propres prières, hétérosuggestionné par les entretiens, les prières, les chants, la mimique de ses compagnons et les exhortations de son confesseur, ayant enfin pour devoir premier celui de croire et d'obéir, Francois Rabelais était pris dans une telle intrication de liens psychiques, qu'un des signes mêmes de sa supériorité et de son génie est qu'il ait pu s'en libérer. (*A suivre.*)

©BIUM

Pathologie

DES PSYCHOSES

CONSÉCUTIVES A L'INTOXICATION OXY-CARBONIQUE

Par le Dr B. GREIDENBERG,
Médecin en chef de l'hôpital départemental de Kharkow (Russie).

L'influence nocive des vapeurs de charbon ou de l'oxyde de carbone sur le système nerveux est connue dans le monde médical depuis bien longtemps. Déjà Boerhaave savait que l'intoxication oxy-carbonique pouvait provoquer l'apoplexie cérébrale (*vapor carbonum apoplexiam producit*). Mais les premières indications sur les troubles mentaux consécutifs à ce genre d'intoxication se trouvent chez Esquirol, qui, dans son *Traité pratique des maladies mentales*, fait cette remarque judicieuse que les métiers qui exposent aux inhalations constantes des vapeurs de charbon prédisposent à l'aliénation mentale sous forme de démence incurable. La première tentative de systématisation des troubles nerveux et mentaux engendrés par les vapeurs de charbon, a été faite par Bourdon en 1843. Depuis cette époque, le nombre des observations relatives à ce sujet a considérablement augmenté, et à l'heure actuelle le chapitre des affections du système nerveux consécutives à l'intoxication oxy-carbonique forme un tout assez considérable. La plupart des observations se rapportent pourtant aux affections nerveuses dans le sens le plus étroit du terme, c'est-à-dire aux para-

©BIUM

lysies, crampes, etc., tandis que les troubles mentaux n'y tiennent qu'une part relativement restreinte.

Dans la thèse de W. Chardine (de la clinique du Professeur Merjeievsky) (1), parue en 1885 et intitulée : *Sur les affections nerveuses d'origine oxy-carbonique et sur les altérations des centres nerveux dans l'intoxication de l'oxyde de carbone*, se trouvent réunies, entre autres, toutes les observations des troubles psychiques d'origine oxy-carbonique, notamment, celles de Simon, de Pœlchen, de Gnauk, d'Oppolzer, de Huchzenmeyer, de Rochelt, de Barthélemy et Magnan, de Moreau (de Tours), etc.

Dans le cours des dernières treize années j'ai pu rassembler dans la littérature quelques données nouvelles qui se résument de la façon suivante :

En 1886, dans son rapport sur les psychoses d'origine toxique, fait à la Société médicale de Vienne, M. Obersteiner (2) mentionne également les troubles mentaux consécutifs à l'intoxication oxy-carbonique, et donne une esquisse clinique succincte de ces derniers.

En 1888, Thomsen (3) présente à la Société des médecins de la Charité de Berlin, un ouvrier, âgé de soixante-quatre ans, chez lequel, à la suite de l'asphyxie par des vapeurs de charbon, se développa une psychose aiguë avec confusion, délire et hallucinations ; plus tard survint un affaiblissement rapide des facultés mentales, surtout de la mémoire.

En la même année, à propos de la communication faite par Pouchet à la Société de médecine légale de Paris

---

(1) W. N. Chardine. *Sur les affections nerveuses d'origine oxy-carbonique et sur les altérations des centres nerveux dans l'intoxication par l'oxyde de carbone*. Thèse de médecine. Saint-Pétersbourg, 1885.

(2) Obersteiner. *La Semaine méd.*, 1886, p. 27.

(3) Thomsen. *Berlin. klin. Woch.*, 1888, p. 675.

©BIUM

sur deux observations d'intoxication oxy-carbonique, Bouchereau, Briand et Motet (1) relatèrent les observations qu'ils avaient faites des troubles mentaux à la suite de cette intoxication, troubles qui consistaient principalement dans l'affaiblissement de la mémoire.

En 1889, Briand (2) communiqua à la même Société un cas d'affaiblissement très prononcé de la mémoire chez une jeune fille qui avait fait une tentative de suicide au moyen de l'asphyxie carbonique. Ranimée par des soins appropriés, elle avait complètement oublié sa tentative de se tuer et elle ne pouvait comprendre d'où provenaient les brûlures qu'elle s'était faites en perdant connaissance.

Des observations analogues, tirées de leur clientèle privée, furent communiquées à la même séance par Beauvais et Bouchereau.

La même année parut un travail important de la clinique du professeur Ebstein de Gœttinguen sur les affections du système nerveux consécutives à l'intoxication oxy-carbonique. L'auteur de ce travail, M. Becker (3), y traite également des troubles mentaux.

La même année, Raffegeau (4) communiqua à la Société médico-psychologique de Paris deux observations de démence oxy-carbonique chez deux époux, après une tentative commune de suicide.

En 1890, au Congrès des sociétés savantes, Moreau (de Tours) (5) fit un rapport sur la « folie carbonique »,

---

(1) Pouchet, Bouchereau, Briand et Motet. *La Semaine méd.*, 1888, p. 274.
(2) Briand. *La Semaine méd.*, 1889, p. 513.
(3) Becker. *Deut. med. Woch.*, 1889, p. 513.
(4) Raffegeau. *Annales médico-psych.*, 1889, mai et juin (an. in *Centralbl. f. Nerv.*, 1889, p. 733).
(5) Moreau (de Tours). *Congrès des soc. savantes*, 1890 (an. in *Archives russes de Psych. et de Neur.*, 1890, t. XVI, p. 191).

©BIUM

dans lequel il esquissa le tableau clinique de cette forme d'aliénation.

En la même année, Boulloche (1) publia un travail sur les paralysies carboniques, dans lequel se trouvent mentionnés également les troubles mentaux ayant la même origine.

En 1891, Cramer (2) publia un cas d'intoxication mortelle par les vapeurs de charbon ayant évolué sous la forme de confusion aiguë et finalement de démence profonde apathique.

En la même année, parut un travail de M. Schwerin (3) de la clinique de Sénator, sur les affections nerveuses consécutives à l'intoxication carbonique, mais spécialement au point de vue de leur pathogénie.

En 1892, Fallot (4) publia un cas d'affaiblissement de la mémoire chez une femme s'étant asphyxiée dans une tentative de suicide.

Dans une très importante revue générale intitulée : *Sur les poisons de l'intellect* et publiée dans les *Annales médico-phychologiques* : 1891 et 1892, Legrain (5) cite entre autres l'oxyde de carbone comme susceptible d'engendrer des troubles mentaux, sans toutefois relater de nouvelles observations.

En 1893, Posselt (6) communique un cas d'intoxication carbonique mortelle avec troubles psychiques. Chemin faisant, il relate une autre observation dans laquelle

---

(1) Boulloche. *Arch. de Neurol.*, 1890, n° 59, p. 212.
(2) Cramer. *Centralb. f. Allg. Path.*, 1891 (an. in *Neurol. Centralb.*, 1891, p. 692).
(3) Schwerin. *Berl. klin. Woch.*, 1897, p. 1089.
(4) Fallot. *Annales d'hyg. publ. et de méd. légale* (an. in. *La Semaine méd.*, 1892, p. 100).
(5) Legrain. *Annales médico-psychol.*, 1892, mars et avril, p. 215.
(6) Posselt. *Wien klin. Woch.*, 1893, nos 21 et 22 (an. in Therap. Monatshefte, 1893, p. 477).

©BIUM

l'intoxication carbonique jouait le rôle de facteur étiologique, prédisposant au développement de l'hystérie.

En 1895, L. Finkelstein (1) décrit un cas de démence aiguë par suite d'intoxication par le soi-disant « gaz pauvre », qui contient notoirement une quantité considérable d'oxyde de carbone ; le malade finit par guérir.

Toulouse (2), dans son ouvrage *Sur les causes de la folie*, paru en 1896, cite parmi ces causes l'oxyde de carbone.

En la même année 1896, Scott (3) publia un cas de démence d'origine carbonique.

Enfin, en 1897, W. Jergolsky (4) communiqua à la Société des médecins de Kalouga une observation de délire furieux passager à la suite d'intoxication par les vapeurs de charbon. Le délire dura sept heures et se dissipa sans laisser aucune trace.

Parmi les formes d'aliénation mentale décrites comme ayant été provoquées par l'intoxication carbonique, il faut distinguer celles qui surviennent immédiatement après l'intoxication et qui constituent un des symptômes de cette intoxication, et d'autres qui ne se développent que tardivement en tant qu'affections consécutives ou secondaires.

Les cas appartenant à la première catégorie sont assez rares : ce sont les cas de Casper, de Chauffard et d'Eulenburg ; il faut y ajouter le cas ci-dessus mentionné de Jergolsky. Tous ces cas ont revêtu la forme de « manie transitoire ». M. Jergolsky croit, non sans raison, que les cas de ce genre doivent se rencontrer beaucoup

(1) L. O. Finkelstein. *Archives russes de Psych. et de Neurol.* 1895, t. XXVI, p. 30.
(2) Toulouse. *Les causes de la folie. Prophylaxie et assistance.*, Paris, 1896, p. 205.
(3) Scott. *The Lancet*, 1896, p. 217.
(4) W. N. Jergolsky. *Bull. des séances de la Soc. Méd. de Kalouga* (Russie), 1897, p. 47.

©BIUM

plus souvent, puisque l'intoxication carbonique est si fréquente et si répandue, surtout dans les villages du centre et du nord de la Russie avec leurs chaumières mal construites, dont les poêles dégagent l'oxyde de carbone d'une façon constante. Mais, grâce à leur peu de durée et à leur fugacité, ces troubles psychiques échappent complètement à l'observation du médecin ou arrivent à sa connaissance déjà après la disparition des phénomènes morbides.

Plus fréquents sont les cas de la deuxième catégorie : les psychoses consécutives à l'intoxication carbonique. C'est à ces psychoses carboniques, à proprement parler, que se rapporte presque toute la littérature de la question. Dans toutes ces observations, il existe entre l'intoxication elle-même et la date d'apparition des premiers troubles psychiques un intervalle mesurant de deux à quinze jours, pendant lequel les malades, revenus des troubles immédiats de l'intoxication, ont l'air presque complètement rétablis. Comme un des premiers troubles psychiques, apparaît le trouble de la mémoire ; le malade devient d'abord distrait et oublieux ; ensuite survient une amnésie bien marquée. Plus tard on voit se dessiner de l'incohérence, de l'indifférence et une apathie profonde. En général, les psychoses carboniques se distinguent cliniquement par un affaissement intellectuel très accusé (démence) et par des troubles de la mémoire. Ceux-ci revêtent la forme de l'amnésie simple ou de l'amnésie rétrospective, rétroactive ou rétrograde, qui consiste en ce que le malade perd la mémoire des faits et des événements qui ont immédiatement précédé le début de l'affection. Sous ce rapport, l'amnésie carbonique présente de fortes analogies avec celle qu'on décrit chez les personnes ranimées après la pendaison. (Wagner, Boutakoff, Belline, Lührmann, Wollenberg). Dans quelques cas de psychoses carboniques, les ma-

©BIUM

lades présentaient sur un fond de démence plus ou moins accusée d'autres phénomènes psychiques isolés, tels que délire (Gnauk), confusion (Barthélemy et Magnan), stupeur (Gnauk, Huchzenmeyer et Finkelstein). Dans quelques autres observations, l'affaiblissement des facultés mentales était accompagné d'autres phénomènes, notamment du côté de la sphère motrice et de la parole, de telle nature que le tableau clinique de la psychose répondait absolument à celui de la paralysie générale, notamment à la forme de démence paralytique (Musso (1), Pœlchen, Raffegeau).

Dans l'*évolution* des psychoses carboniques, on remarque une tendance aux rémissions, et même aux améliorations passagères, pouvant ressembler à des guérisons complètes. Quant à leur *pronostic*, il faut savoir que, dans la majorité des cas, il n'est pas favorable. Peu de cas, décrits dans la littérature, comptent une terminaison favorable, et, même dans ceux-ci, les facultés mentales se trouvent plus ou moins fortement entamées.

Est-ce en vertu des conditions locales, ou peut-être est-ce le fait du simple hasard, mais les cas de psychoses carboniques sont très rares dans notre pays. Au cours des quatorze dernières années, sur un nombre total d'à peu près 4.000 entrées, nous n'avons eu que trois cas de ce genre : un en 1889 et deux en 1896 (2). Les premiers deux cas ne présentaient rien de spécial et se trouvent brièvement mentionnés sur les registres annuaires du service. La dernière observation, au contraire, présente quelques particularités intéressantes qui ont servi de point de départ à ce travail.

---

(1) Musso. *Rivista clinica di Bologna* (an. in *Arch. russes de Psych. et de Neurol.*, 1886, VIII, p. 211).

(2) Les trois cas ont été observés à l'asile de Symféropol, où j'ai été médecin en chef depuis 1884 jusqu'en 1899.

©BIUM

OBSERVATION I. — *Démence aiguë, consécutive à l'intoxication oxy-carbonique, avec troubles trophiques; mort.*

Mme E. W..., âgée de cinquante-huit ans, émigrée, d'origine allemande, entrée le 5 février 1889. D'après le récit de son mari, la maladie remonte à quinze jours et se déclara dans les conditions suivantes : la veille, Mme E... W... se coucha en bonne santé, lorsqu'on avait fermé trop tôt le poêle de sa chambre à coucher. Le lendemain elle se réveilla avec une céphalée intense et des nausées, mais bientôt elle se sentit mieux, de sorte qu'elle put se rendre à l'église. Les jours suivants son état était passable, sauf quelques maux de tête et une sensation de courbature générale. Mais peu à peu se développe un état de dépression marquée. La malade devint triste et taciturne, cessa de manger et de dormir.

La malade, de grande taille et de constitution robuste, a l'air très émacié; la conscience est notablement obnubilée, le regard est inanimé et apathique, la malade garde un silence obstiné et ne répond pas aux questions posées, elle reste immobile et se meut avec difficulté. Du 5 au 9 février, la malade reste dans le même état déprimé et apathique, gardant un silence complet, refusant la nourriture et même offrant une résistance lorsqu'on la nourrit de force.

Le 9 février, une diarrhée se déclare, avec un fort mélange de sang dans les selles; dans le courant de la journée apparaît une éruption bulleuse généralisée à tout le corps, la température monte à 39 degrés, le pouls est très faible. Les plis des jointures des membres et la région lombaire se couvrent de grandes taches violet foncé. Vers le soir, la diarrhée augmente; dans les selles on remarque des lambeaux de la muqueuse intestinale. Le cœur bat faiblement, le pouls est filiforme.

Le 10 au matin, la malade, sur la demande pressante de son mari, est retirée du service dans un état d'agonie et meurt en route.

Dans cette observation, nous voyons l'intoxication oxy-carbonique ayant provoqué une démence aiguë avec stupeur et troubles trophiques très prononcés; ceux-ci forment également, comme on sait, un des symptômes, bien que pas très fréquent, de l'intoxication par les vapeurs du charbon (Leudet, Simon, etc.).

©BIUM

Obs. II. — *Psychose carbonique aiguë, de nature mélancolique; amélioration.*

F... J..., paysanne russe, entrée dans le service le 23 février 1896. Malade depuis deux mois, à la suite d'une intoxication par les vapeurs de charbon, à laquelle elle fut exposée en même temps que son fils. Le fils en est mort, tandis qu'elle se rétablit, mais commença à se plaindre de céphalées, devint triste et pleurnicheuse, plus tard son langage devint désordonné.

La malade est de taille moyenne, de forte constitution; la nutrition générale est médiocre. Paraît anémique, très déprimée et triste, pleure souvent. La conscience est pourtant lucide; elle raconte avec force détails et d'une façon très claire sa vie de famille et les circonstances qui ont précédé sa maladie : elle s'était couchée de bonne heure, comme d'habitude, en attendant la rentrée de son fils, qui travaillait dehors, et après avoir allumé le grand poêle de sa chambre. Son fils rentré, ferma le poêle et se coucha à son tour. Ce qui se passa ensuite, elle ne saurait le dire, car elle resta huit jours sans connaissance. Elle apprit de la bouche de ses voisins que le lendemain matin, ne voyant sortir ni elle ni son fils, les personnes de son entourage pénétrèrent dans sa chambre à coucher et trouvèrent tous les deux asphyxiés. Le fils fut trouvé mort, elle vivait encore et fut ranimée après de longs et pénibles efforts. Depuis cette date elle souffre constamment de maux de tête et sent une angoisse intérieure.

La mémoire du passé est bien conservée, mais pour les événements plus rapprochés et postérieurs à l'intoxication il existe des lacunes assez notables. Ainsi, d'après son calcul, elle n'est malade que depuis quinze jours, tandis qu'en réalité sa maladie remonte à deux mois. La malade se rend compte qu'elle est à l'hôpital, et elle indique comme cause de son séjour le fait d'avoir beaucoup et constamment pleuré chez elle et d'avoir une certaine incontinence d'urine.

La malade resta à l'hôpital pendant quinze jours, présentant la même dépression mentale et une tendance marquée aux pleurs, surtout lorsqu'on l'interrogeait sur son passé et sur celui de son fils. Une fois seulement elle exprima une idée délirante, en déclarant que les objets qu'elle avait remarqués chez la directrice de l'hôpital pouvaient très bien lui appartenir et pro-

©BIUM

venaient de son appartement à elle, d'où son fils les lui avait volés pour les revendre au mastroquet. Mais déjà le lendemain elle s'aperçut de la fausseté de ses propos et remarqua qu'il ne fallait pas faire attention à toutes les paroles prononcées : « Mon Dieu ! est-ce qu'on sait ce qui peut vous paraître un instant ? »

L'incontinence d'urine s'améliora rapidement, ce qui encouragea beaucoup la malade.

La mémoire des choses récentes laissa toujours beaucoup à désirer ; mais l'état mental se releva et la malade quitta l'hôpital bien améliorée.

Dans cette observation, la psychose était de nature déprimante et présentait les allures de la mélancolie simple sans délire, puisque la seule idée délirante émise par la malade était très fortuite et ne correspondait point à son état mental. Ce qui est remarquable, c'est la terminaison relativement favorable de l'affection, si l'on prend surtout en considération les phénomènes graves de l'intoxication (coma prolongé). La mort de son fils, un ouvrier jeune et vigoureux, causée par la même intoxication, ne peut être expliquée que par le fait qu'il s'était couché dans un état d'ivresse alcoolique et, pour cette raison, présentait une résistance beaucoup plus faible à l'action des vapeurs de charbon.

Obs. III. — *Psychose d'origine oxy-carbonique sous forme de démence paralytique ; amélioration.*

A. K..., âgé de quarante-cinq ans, commerçant d'origine bulgare, entre à l'hôpital le 7 mars 1896. Le malade tenait un débit de boissons alcooliques dans un village du district de Mélitopole ; dans le temps abusait lui-même de l'alcool, mais généralement était d'une très bonne santé. Le 23 janvier, les voisins, intrigués de voir la boutique fermée assez tard dans la matinée, et désirant s'enquérir de la cause de cet événement insolite, s'approchèrent de son appartement et perçurent l'aboiement d'un chien qui se trouvait à l'intérieur de la maison. Comme les appels et les coups frappés à la porte restèrent

©BIUM

sans réponse, ils conclurent à un accident et décidèrent de briser la porte. Lorsqu'ils furent entrés dans la chambre à coucher, ils trouvèrent le malade inanimé sur son lit; le chien se trouvait comme dans un état d'ébriété et se jetait sur les personnes entrées. Malgré tous les efforts tentés, A. K... resta plus de vingt-quatre heures sans connaissance. Revenu à lui, il se plaignit d'une faiblesse extrême et d'une courbature générale; mais, pendant les dix jours suivants, son état s'améliora de plus en plus, de telle sorte que, se croyant guéri, il reprit ses occupations. Mais en même temps, les personnes de son entourage commencèrent à remarquer quelques étrangetés et bizarreries dans sa conduite. A. K... devint extrêmement distrait et oublieux; ainsi, par exemple, désirant se faire une cigarette, il roulait le papier sans y avoir mis le tabac; il s'embrouillait dans les calculs et dans les notes de ses clients, etc. Plusieurs fois il eut des accès d'angoisse et d'inquiétude sans raison, allant jusqu'à l'excitation, et il perdit le sommeil.

Dans cet état, il fut amené par un de ses voisins chez le médecin du district, le Dr Pedkoff, qui, entre autres, constata certaine incohérence dans ses réponses. Ainsi, questionné sur son âge, le malade répondit qu'il avait trente-trois ans et à la question : combien de temps il était marié, il répondit de même : trente-trois ans. Lorsque son compagnon eut un éclat de rire, le malade esquissa un sourire, avouant ainsi qu'il avait dit une bêtise, et corrigea immédiatement sa réponse.

Dans le courant du mois de février, son état continuait à empirer : la faiblesse de la mémoire s'accentua, les accès d'excitation devinrent plus fréquents, ce qui obligea sa famille à l'adresser à l'hôpital, d'où il fut dirigé à l'asile spécial des aliénés.

Le malade est de taille moyenne et bien constitué. La nutrition générale est suffisante. Lorsqu'il est debout, il tremble et se tient avec difficulté. Hémiparésie droite assez accentuée; l'œil droit est plus ouvert que l'œil gauche, l'angle de la bouche du côté droit est abaissé, le sillon nasolabial du côté droit est effacé. La langue est déviée à droite et animée d'une trémulation intense. Les pupilles sont inégales (la droite est plus large que la gauche) et se contractent d'une façon paresseuse. La démarche est incertaine, paralytique. Les réflexes rotuliens sont exagérés, surtout du côté droit. La parole est empâtée; certains sons sont prononcés très indistinctement et les terminaisons des mots sont souvent omises.

©BIUM

Il existe une certaine obnubilation de la conscience. Les réponses sont insuffisantes et souvent même absolument incohérentes. Le malade ne peut pas dire où il se trouve, d'où, comment et quand il est venu. Son indifférence pour tout ce qui l'entoure est absolue. Il ne remarque même pas les personnes qui passent à ses côtés. Pas de délire. Gâtisme complet.

8 *mars*. Insomnie. Toute la nuit le malade parle et rit.

9 *mars*. Toute la journée le malade est agité, va et vient constamment dans les salles, attrape les objets qu'il trouve à sa portée. Mange bien. Gâte.

10 *mars*. Agité, ne dort pas.

11 *mars*. On constate un peu plus de lucidité de conscience. Ainsi il raconte bien les événements successifs de sa vie : le lieu et la date de sa naissance, de son mariage, etc. Mais il ne se rappelle pas les événements récents et il ne peut pas expliquer comment il est tombé malade, comment il a été amené à l'asile, etc.

12 *mars*. Mal dormi. Est de nouveau plus mal, ne peut plus donner les réponses précises qu'il a fournies la veille. Interrogé sur son âge, il répond qu'il est âgé de douze ans. Ne sait plus la date, dit qu'il se trouve à Constantinople ou plutôt qu'il y va, etc.

22 *mars*. Le malade marche mieux, d'un pas plus ferme. On note une amélioration générale dans son état. Le malade a vu sa femme et son frère, s'est entretenu avec eux longuement et assez correctement. Pendant les deux derniers jours, gâte de nouveau.

25 *mars*. Nouvelle aggravation : de nouveau, grande confusion et incohérence dans les idées, grande faiblesse de la mémoire, agitation. Répond mal aux questions et s'agite lorsqu'on les répète.

26 *mars*. On note une idée délirante, le malade affirmant qu'un de ses frères, notamment le cadet (pas celui qui est venu le voir l'autre jour), se trouve enfermé dans la même salle que lui. Invité à l'indiquer du doigt, le malade se promène plusieurs fois dans la salle et, s'arrêtant devant le lit d'un des malades, prend celui-ci par la main et l'amène devant le médecin. Il faut noter qu'avant ce moment le malade n'a jamais même adressé la parole à ce compagnon de la salle.

1er *avril*. L'état physique du malade continue à s'améliorer de plus en plus. Il prend de l'embonpoint, est plus fort, se

©BIUM

tient bien sur pied. Au point de vue mental, on constate toujours de la confusion et de la faiblesse de mémoire.

Il prend toujours son voisin de la salle pour son frère cadet, qui serait ici parce qu'il est malade. Ne peut pas dire pourquoi lui-même est à l'hôpital, mais il croit qu'on le retient par force pour des raisons qu'il ignore. Ne gâte plus.

8 *avril*. Les phénomènes d'hémiplégie droite ont entièrement disparu, à l'exclusion d'une légère parésie du facial inférieur. Du côté psychique on constate tonjours l'apathie profonde et l'indifférence à tout ce qui l'entoure. Si l'on ne le dérange pas, le malade reste des heures entières immobile dans une contemplation apathique; jamais il n'adresse la parole à personne. La mémoire est toujours profondément troublée, cependant on remarque une certaine amélioration, même de ce côté. En l'aidant quelque peu et en dirigeant son attention, on arrive à lui arracher des réponses qu'il était incapable de faire auparavant. Le malade s'en rend visiblement compte, car chaque fois qu'il se rappelle quelque chose et qu'il donne une réponse appropriée il a un sourire de satisfaction.

12 *avril*. Pour la première fois le malade peut bien définir la date de son entrée à l'asile et même la durée de son séjour ici. Se rappelle bien les circonstances de son intoxication et les événements consécutifs à son asphyxie, mais se rappelle difficilement et incomplètement les événements antérieurs. L'idée délirante relative à son frère persiste cependant, et le malade parle toujours à son compagnon de salle, comme à son frère, lui promet de l'amener en Bulgarie lorsqu'il sera guéri, etc.

20 *avril*. L'amélioration continue tous les jours; le malade commence à s'intéresser à son entourage, adresse des questions, révèle sa curiosité, s'informe du jour de sa prochaine sortie. La mémoire se raffermit considérablement, bien que l'évocation des anciens souvenirs soit souvent encore pénible. Les troubles moteurs ont disparu. La parésie faciale ne se révèle qu'à l'occasion des mouvements de la mimique. L'idée délirante existe encore, mais le malade n'y insiste plus autant.

23 *avril*. Sur la demande de sa femme, le malade est sorti de l'asile.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, cette dernière observation présente quelques particularités intéressantes qui la distinguent des deux premières.

©BIUM

L'ensemble des phénomènes cliniques constatés lors du premier examen du malade donnait le droit de poser le diagnostic de la forme démentielle habituelle de la paralysie générale, ce que nous fîmes d'abord en réalité. Mais les détails de l'anamnèse et surtout l'évolution ultérieure de l'affection nous firent renoncer à cette première supposition et nous nous arrêtâmes au diagnostic de la démence primitive oxy-carbonique ou à une psychose toxique sous forme de démence paralytique. En d'autres termes, nous eûmes devant nous un cas de pseudo-paralysie générale par suite d'intoxication oxy-carbonique (1).

Sous le nom de « pseudo-paralysie générale » on désigne notoirement les formes qui, tout en présentant une très grande ressemblance avec la paralysie vraie, se distinguent de cette dernière par leur mode de début (plus rapide), par certaines particularités cliniques (accès plus faibles, absence de délire caractéristique des grandeurs), par leur évolution plus rapide et régressive et par leur terminaison le plus souvent favorable (guérison). Les formes les plus typiques de la pseudo-paralysie générale sont la forme syphilitique, saturnine et alcoolique. Des psychoses plus ou moins analogues à la paralysie générale ont encore été décrites à la suite de quelques affections chroniques infectieuses (« pseudo-paralysies infectieuses » des auteurs français) et constitutionnelles, par exemple le diabète sucré (Marchal de Calvi, Charpentier) (2), Laudenheimer (3). Mais c'est surtout à la suite de diverses intoxications aiguës et

(1) Un moment on pouvait encore supposer une démence post-apoplectique, mais l'évolution de la maladie a fait renoncer à cette hypothèse.

(2) Charpentier. *Annales médico-psychol.*, 1890, septembre et octobre, p. 228.

(3) Laudenheimer. *Arch. f. Psych. und Nerven.*, XXIX, p. 546.

©BIUM

surtout chroniques qu'on a rapporté un grand nombre d'observations de pseudo-paralysie. La thèse récente de Wachsmuth (1) (de la clinique du professeur Tuczek, à Marbourg) est consacrée à l'étude des psychoses d'origine toxique ressemblant à la paralysie générale (*Paralysenähnliche Intoxicationspsychosen*). Dans ce travail se trouvent énumérés tous les poisons et les principes toxiques, dont l'action a pu provoquer des troubles mentaux présentant une grande analogie avec la paralysie générale. Tels sont, en dehors de l'alcool, du plomb et de la syphilis, l'absinthe, l'ergot de seigle, le maïs, la cocaïne, la morphine, le brome et le chloroforme ; ensuite l'opium, le hachisch, le canabis indica, la nicotine, l'antipyrine, le sulfonal, l'atropine, le sulfure de carbone, l'oxyde de carbone, la térébenthine et l'arsenic. Pour presque toutes ces espèces de poisons, Wachsmuth a pu trouver dans la littérature des observations probantes ; il y ajoute dix-neuf observations personnelles inédites. Malgré la longueur de cette liste, d'apparence si complète, Wachsmuth a omis de signaler encore une substance chimique capable de provoquer des troubles mentaux du même genre, à savoir l'aniline (les couleurs d'aniline). Spillmann et Etienne (2) ont récemment décrit un cas de ce genre. En ce qui concerne particulièrement l'oxyde de carbone, il me semble que la littérature ne possède que les observations ci-dessus mentionnées de Musso, de Poelchen et de Raffegeau. Les deux premiers auteurs ont présenté leurs cas, comme formes de démence simple d'origine oxy-carbonique, et sans insister sur les phénomènes paralytiques concomitants chez

(1) Waschmuth. Parsalysenähnliche Intoxicationspsychosen. *Thèse inaug.* Marbourg, 1897.

(2) Spillmann et Etienne. *Revue Médic. de l'Est* (an. in *Revue neurol.*, 1896, p. 655).

©BIUM

leurs malades. Mais Musso a décrit ces cinq cas déjà sous le nom de pseudo-paralysie par suite d'intoxication oxy-carbonique.

Malgré ces nombreux faits cliniques, la doctrine de la pseudo-paralysie, comme forme clinique, ne peut pas être considérée comme bien établie en psychiatrie. Même en France, le lieu de sa naissance, cette doctrine a trouvé nombre d'adversaires, parmi lesquels un des plus célèbres est Pierret, qui a dit : « Il n'y a pas de pseudo-paralysies, il n'y a que des pseudo-diagnostics. » Dans son travail couronné par l'Académie de médecine, Vallon (1) soumet à une critique sévère tous les faits connus de la soi-disant pseudo-paralysie saturnine et alcoolique, les deux principales espèces de cette affection, et il arrive à cette conclusion qu'il n'y a absolument aucune raison plausible pour reconnaître l'autonomie de cette entité nosologique. Si l'on exclut toutes les erreurs de diagnostic, il reste ceci que la pseudo-paralysie n'est en somme qu'une certaine phase transitoire dans l'évolution de la paralysie générale vraie, ce qui dans la majorité des cas se confirme par l'observation ultérieure du malade. Le diagnostic de « pseudo-paralysie » n'a par conséquent d'autre valeur que celle d'un diagnostic temporaire, pour ainsi dire expectatif, acceptable jusqu'au moment où le caractère de l'affection s'affirme d'une façon nette et définitive. Il serait encore plus préférable de rejeter complètement de la terminologie psychiatrique le nom de « pseudo-paralysie », comme terme non scientifique et pouvant prêter à des malentendus.

Tout récemment, Marandon de Montyel (2) a pro-

(1) Vallon. Pseudo-paralysies générales, saturnine et alcoolique. Paris, 1894.

(2) Marandon de Montyel. *Gazette hebdomadaire* (an. in *Revue neurol.*, 1898, p. 55).

©BIUM

posé de distinguer deux formes principales de paralysie générale : une paralysie générale *progressive* et une paralysie générale *régressive* (ou pseudo-paralysie générale).

A cette dernière catégorie appartiennent « les paralysies générales d'origine toujours toxique ou infectieuse, qui, débutant brusquement, atteignent rapidement leur apogée pour rétrocéder, *par suite d'une évolution naturelle du mal*, jusqu'à la complète guérison, et cela parfois jusqu'à huit, dix, douze fois, et plus encore, chez le même sujet. Toutefois, comme, après une ou plusieurs atteintes de pseudo-paralysie générale, celle-ci peut aboutir à la paralysie générale avérée, et comme les causes qui engendrent la première sont susceptibles dans certains cas d'engendrer d'emblée la seconde, il en résulte que la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale ne saurait être considérée comme une entité morbide, mais comme une variété clinique très distincte, qu'il convient d'isoler tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique ».

On voit par cette citation que la terminaison de la paralysie générale régressive est loin d'être toujours favorable. En effet, M. Marandon de Montyel distingue sous ce rapport trois cas. Dans le premier, la guérison se maintient et le malade définitivement rétabli ne rechute plus. Dans le second, la rechute se reproduit une ou plusieurs fois, mais chaque fois le malade a la chance de guérir. Enfin, dans le troisième cas, dès la deuxième rechute, ou plus tard, le malade ne guérit plus et verse dans la paralysie générale vraie, avec son issue fatale habituelle.

On ne peut pas dire que la proposition de M. Marandon de Montyel ait beaucoup contribué à élucider cette question ardue.

©BIUM

En effet, si l'on exclut le premier cas (terminaison par guérison complète et définitive), bien hypothétique encore, puisqu'il n'existe pas encore de faits cliniques suffisants à l'appui de cette assertion, on voit que les deux autres éventualités (rechutes simples et rechutes avec issue fatale), ne sont autre chose que des rémissions et des exacerbations, si fréquentes au cours de la paralysie générale progressive et si bien observées par les auteurs modernes. Il me semble, par conséquent, qu'il n'y a pas de raison d'introduire à l'heure actuelle une nouvelle dénomination, celle de « paralysie générale régressive », qui en somme n'a pas de définition précise.

Il est vrai que M. Marandon de Montyel assigne à sa paralysie générale régressive une étiologie bien précise, à savoir, l'origine toxique ou infectieuse. En effet, tous les cas de « pseudo-paralysie » signalés dans la littérature se rapportent à cette double étiologie : intoxications et infections. Mais nous nous demandons si l'on est bien fondé de différencier un groupe de paralysies générales d'origine toxique ou d'origine infectieuse.

En ce qui concerne en particulier les psychoses d'origine oxy-carbonique, la question aurait fait un grand pas en avant, si l'on était autorisé à faire entrer ces psychoses, par analogie avec d'autres intoxications, dans la catégorie des psychoses polyneuritiques (maladie de S. Korsakoff). Mais la polyneurite n'a pas encore été décrite dans l'intoxication oxy-carbonique, à ce qu'il nous semble. La question reste donc ouverte jusqu'à nouvel ordre.

©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. — Les lettres qui sont adressées à l'aliéné, à l'asile, sont ouvertes par le médecin, qui dispose à son gré du sort de ces écrits. Son rôle de protecteur s'exerce ici dans toute sa plénitude et il arrête au passage toute lettre capable de produire une action nocive sur ses malades.

Mais un traitement spécial me paraît devoir être réservé aux lettres qui sont dirigées sur l'asile par l'administration des postes, après avoir passé par une destination antérieure. Elles parviennent à l'aliéné dans les premiers jours qui suivent l'internement et sont remises fermées au médecin, portant l'adresse du domicile du malade. Le correspondant, qui a écrit à ce dernier, le croyant libre, ne se doutait pas alors que ses confidences viendraient s'égarer dans une maison d'aliénés. Il se fût certainement abstenu d'écrire s'il

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1900.

©BIUM

avait prévu la direction que prendrait sa lettre. Lorsqu'une telle interprétation est admise, il semble que l'aliéniste se rendrait coupable d'un grave abus en s'immisçant dans la correspondance.

En effet, la lettre n'ayant pas été ouverte par le malade, n'est pas encore devenue sa propriété. A la rigueur, l'expéditeur aurait pu la réclamer à la poste en excipant de ses droits, et la poste la lui eût rendue, moyennant certaines formalités prescrites par un règlement d'administration.

Pourquoi ne pourrait-il pas la reprendre entre les mains du médecin, après avoir justifié de son identité? Cette correspondance qui s'est fourvoyée à l'asile ne doit pas y rester. Réclamée par son auteur, elle lui sera restituée. Si elle n'est pas réclamée, le médecin la détiendra sous sa responsabilité jusqu'à la guérison de l'aliéné. Si celui-ci est incurable, est transféré ou meurt, le médecin se conduira honnêtement en détruisant sans les lire, après un temps convenable, les lettres qui ne lui auront pas été réclamées et qui appartiennent à une personne inconnue ou absente.

L'examen médical est de droit pour tous les autres plis qui sont adressés aux malades. L'aliéniste les ouvre et s'assimile, dans un but thérapeutique, toutes les notions qui y sont contenues. Il les transmet à leurs destinataires, s'il y a lieu, au jour et à l'heure de son choix. Il peut les intercepter dans certaines circonstances, soit que des motifs de dignité ou de morale condamnent la correspondance, soit que la lecture des lettres doive exercer une influence fâcheuse sur l'état mental. Mais, si l'aliéné n'est pas admis à en prendre connaissance, ces écrits ne doivent pas être détruits. On adoptera pour eux la même pratique que pour les écrits trouvés sur les malades. Ils seront gardés en dépôt jusqu'à la sortie; en cas de décès des aliénés, ils seront

©BIUM

consignés aux archives de l'établissement, en l'absence d'héritiers légitimes.

III. — L'aliéné écrit des lettres. Par sa correspondance, il viole le secret de son internement. Il faut donc (pour ne pas aggraver le mal produit par des indiscrétions antérieures) intercepter ses lettres, s'il leur donne une destination fantaisiste qui rendrait indûment notoire sa présence à l'asile. L'honnêteté de l'aliéniste s'interpose entre le caprice du malade et les correspondants qu'il choisit, lorsque ceux-ci n'ont pas qualité pour s'intéresser à sa personne.

Mais un contrôle sévère doit encore être apporté au contenu des lettres, même bien adressées, si le médecin y trouve des révélations graves, s'il y relève des remarques injurieuses ou diffamatoires pour les personnes. Ce serait parfois une calamité que la libre circulation de certains écrits. La responsabilité morale du médecin est engagée dans ce contrôle et son pouvoir inhibiteur est absolu.

Confident professionnel de l'aliéné, il est seul dispensateur de la liberté d'écrire et à lui seul doit appartenir le droit de laisser passer certaines lettres, d'en intercepter d'autres. La nature même de sa mission implique l'obligation rigoureuse de retenir les lettres indiscrètes ou inconvenantes et de prévenir les désordres auxquels peuvent donner lieu les écarts d'un style dangereusement morbide. Il méconnaîtrait son devoir s'il s'abstenait d'appliquer cette censure, dans l'intérêt même de l'aliéné inconscient.

Tous les écrits des malades, quels qu'ils soient, sont intéressants à consulter, car ils forment les éléments d'une étude clinique précieuse.

Mais les lettres destinées au dehors s'imposent à l'attention du médecin et sollicitent sa vigilance, parce qu'elles offrent un intérêt social. Si ingrate que soit la

©BIUM

tâche, il les lit toutes et dispose arbitrairement de leur sort comme gardien du secret et protecteur des aliénés incapables.

Son intervention s'exerce donc à deux points de vue :

Elle défend le secret de l'internement ;

Elle arrête au passage les indiscrétions dangereuses.

Bien qu'il soit généralement peu respecté, — comme on l'a vu précédemment, — le secret de l'internement doit être pieusement gardé par l'aliéniste, qui se place résolument entre le malade et ses correspondants, s'ils n'ont pas qualité pour s'attribuer un tel rôle.

Ici se pose une question importante.

Quels sont les personnages qui ont le droit de correspondre avec l'aliéné, et, par suite, à quelles lettres peut s'appliquer le *veto* médical ?

Au premier rang de ces privilégiés, il convient de placer les membres de la famille. Mais, il y a des réserves à faire. Certains parents sont notoirement indignes ; d'autres sont investis, de par leur situation légale, du droit de contrôler, de limiter la correspondance au détriment des autres. Ce sont : le père, le mari, le tuteur pour les interdits ; ces individus, en confiant l'aliéné au médecin, confèrent leurs droits à ce dernier, qui respecte leurs intentions et se conforme à leurs exigences, sauf à en référer aux magistrats si la morale se trouvait compromise.

Le malade privé de famille communique avec ses amis dans les conditions déterminées par le médecin, appréciateur impartial et autorisé des convenances.

A ces correspondants, dont l'aptitude n'est pas douteuse, il faut ajouter le groupe de personnages auxquels la loi de 1838 attribue la surveillance des asiles : le préfet et ses délégués, le président du tribunal, le procureur de la République, le maire de la commune et les membres de la commission de surveillance.

©BIUM

La liste de ces inspecteurs est assez longue pour que la liberté individuelle y trouve toutes les garanties possibles. Les aliénés usent largement de la faculté de réclamer au dehors, et les ennemis de nos asiles peuvent seuls se plaindre de l'insuffisance des moyens fournis aux malades pour se mettre en rapport avec la société.

Mais ces moyens ne sauraient être multipliés sans inconvénient. Toute autre personne que celles qui sont nommées plus haut ne peut prétendre, si considérable soit-elle, à correspondre avec les pensionnaires des asiles. Le médecin est juge souverain de l'opportunité de nouvelles relations épistolaires.

Ce précepte a été appliqué récemment, dans des circonstances dignes de mention, par le chef du service médical d'un de nos grands établissements départementaux.

Un membre du parquet s'y était rendu, appelé par un aliéné, persécuté chronique, un de ces réclameurs sempiternels, importuns acharnés qui semblent avoir été placés à l'asile pour fortifier la vertu du médecin. Au cours de son interrogatoire, ce malade se plaignit au magistrat de l'interception d'une lettre qu'il avait adressée au maire d'une ville voisine.

Le fait était exact ; la lettre avait été arrêtée par le médecin, à qui le magistrat crut devoir infliger un blâme. Le médecin ne voulut pas rester sous le coup de reproches qu'il croyait immérités et se défendit courageusement. Il allégua pour sa justification que le maire de X... n'avait pas qualité pour communiquer avec le malade. Si un droit semblable devait lui être reconnu, il n'y aurait pas de raison pour ne pas l'accorder à tous les magistrats municipaux de toutes les communes de France. Or, cette généralisation, qu'aucune loi ne consacre, était incompatible avec le respect du secret. Au surplus, mon collègue priait instamment l'hono-

©BIUM

rable visiteur de lui adresser une réprimande officielle, s'il le trouvait en faute. Il s'empresserait de reconnaître son devoir et de conformer sa conduite à des règles nouvelles.

Le membre du parquet ne répondit pas à cette respectueuse mise en demeure et le médecin n'a pas été inquiété dans la suite.

Il ne pouvait l'être. Placé entre l'asile et la société, l'aliéniste évite d'appliquer lourdement l'arbitraire dont il est armé par sa position exceptionnelle. Il ne cesse de redouter cette accusation effrayante de resserrer la contrainte qui pèse sur la malheureuse population confiée à son humanité. Mais ce libéralisme, dont il est jaloux, a des bornes déterminées par la loi même, bornes qu'il ne saurait dépasser sans commettre une faute. Tout en pratiquant le respect de la liberté individuelle, il sauvegarde la dignité de ses malades et veille à ce que la liste des personnes qu'ils veulent rendre témoins de leur misère ne soit pas indûment grossie.

A l'exclusion des parents, des amis dont l'aptitude est évidente et des inspecteurs légaux de l'asile, il ne peut exister de relations autorisées et le médecin se prononce sur l'utilité de nouvelles correspondances. Il est inexorable pour les connaissances vulgaires et se défie surtout des tentatives qui ont pour but de faire autour de l'aliéné une notoriété tapageuse. Les restrictions qu'il impose à la faculté d'écrire sont motivées par la dignité même des infortunés dont il a la garde.

Ces restrictions vont devenir encore plus sévères si le médecin, s'assimilant le contenu des lettres, apporte à l'accomplissement de sa mission de censeur le zèle scrupuleux qu'elle comporte.

Il parcourt une lettre qui lui a été remise par un malade, et ses yeux tombent sur un passage énorme, de nature confidentielle, dont la lecture par d'autres

©BIUM

aurait des conséquences désastreuses pour l'écrivain ou pour des étrangers. Celui-ci a laissé imprudemment courir sa plume, sous le coup d'une exaltation maladive et délirante. Il serait désolé, dans un moment lucide, des suites d'une telle indiscrétion. N'appartient-il pas au médecin de l'arrêter au passage ? Il exerce une action tutélaire et bienfaisante en modifiant (quand c'est possible), ou même en supprimant la lettre dangereuse.

Tous les jours se découvre dans les écrits d'aliénés cette indiscrétion banale, le nom en toutes lettres d'un compagnon de captivité. Pour peu qu'il soit expansif, un malade qui correspond avec sa famille s'abstient rarement de lui faire savoir qu'il vit à l'asile dans le voisinage de M...., une vieille connaissance oubliée. Biffer le nom, et laisser passer la lettre, est pour le médecin une pratique usuelle que personne ne lui reprochera.

Mais il y a des cas plus difficiles. La lettre contient des passages entiers de nature délicate ; elle est même entièrement affectée à des révélations graves, qui sont une menace pour l'honneur d'autrui. Le médecin doit évidemment couper le mal à son origine et détruire le document malsain. Il est des cas, néanmoins, où sa conscience reste indécise, lorsqu'il croit la divulgation souhaitable à certains égards. Nous l'avons vu en proie aux mêmes perplexités à propos de dénonciations verbales. Son action défensive doit s'exercer pareillement sur les révélations écrites.

L'histoire que voici m'a été racontée par un de mes collègues, qui m'avouait en avoir conçu des doutes pénibles.

Une jeune fille fait un premier séjour dans son asile ; après quelques mois, elle en est retirée non guérie par ses parents. Une fois dehors, elle jouit d'une liberté illimitée que sa famille, soit par faiblesse, soit par une con-

©BIUM

ception erronée du traitement, a cru devoir lui accorder. On la rencontre dans tous les lieux de plaisir, promenades, concerts, théâtres, redoutes masquées, etc. Cette vie désordonnée devait porter son... fruit. Un an plus tard, la jeune aliénée était réintégrée à l'asile, mais elle était « in family way », comme on dit en Angleterre. Les parents auraient donné gros pour connaître le fauteur de grossesse ; mais leurs recherches avaient été vaines et ils avaient dû renoncer à percer les ténèbres de ce drame intime qui s'était dénoué par le déshonneur de leur enfant.

Quelques jours avant sa délivrance, la malade, qui offrait une confusion mentale complète, remettait au médecin une lettre qu'elle avait voulu écrire. L'enveloppe portait le nom de sa mère ; mais la lettre était adressée à M..., artiste lyrique. C'était une épître amoureuse, en style décousu, mais pleine de ferveur pour le ténor aimé. On y rappelait, avec un luxe de détails passionnés et lascifs, une scène érotique dont un fiacre aux stores baissés aurait été le théâtre, pendant une longue et inoubliable promenade. Ce document était très suggestif pour la recherche de la paternité, dont se tourmentaient les parents. Laisser passer la lettre était satisfaire leur désir le plus cher ; c'était peut-être encore éclairer l'avenir de l'enfant prêt à venir au monde.

Mon collègue eut de fortes hésitations, subit de vraies anxiétés, au bout desquelles il prit le parti d'anéantir le libelle diffamatoire.

Dès le lendemain, la malade recevait la visite de sa mère. Elle était agitée et ne fit pas la moindre allusion aux prétendues révélations qu'elle avait écrites. Mon collègue avait agi prudemment et sainement en étouffant à son éclosion un bruit dangereux, expression probable d'une excitation nymphomaniaque. La propagation de cette histoire imaginaire pouvait aggraver le

©BIUM

préjudice éprouvé déjà par la réputation de la jeune fille et mettre un honnête homme dans la peine.

Il convient donc de soumettre les écrits des aliénés à un examen minutieux, de modifier et même de détruire la correspondance, lorsqu'elle offre une forme agressive ou révèle des faits scandaleux pouvant porter atteinte à la renommée d'autrui. Cette nécessité découle du caractère incertain, souvent délirant, de ces faits et aussi de la volition dépravée du malade, dont il importe d'annihiler les tendances malfaisantes. Dans la mesure de son pouvoir, le médecin doit le protéger et le préserver des effets de ses incitations morbides.

Sa mission n'est pas toujours facile. Elle est décidément entravée, par exemple, avec le groupe des correspondants officiels, désignés par la loi pour recevoir les réclamations des aliénés. Son action bienfaisante, employée à conjurer les méfaits d'un état vésanique, est paralysée ici par une force supérieure et irrésistible. La sauvegarde du secret, qu'il a pour devoir d'assurer, n'existe plus en présence du motif puissant qui prime tout : la liberté individuelle. La défense de cette liberté a été la préoccupation exclusive du législateur et les dispositions qu'il a prises sont radicales. Elles n'admettent ni exception, ni atténuation, ni interprétation équivoque. Elles sont appuyées sur une pénalité sévère :

L'article 29 de la loi de 1838 porte qu'aucune requête, « aucune réclamation adressées, soit à l'autorité judi- « ciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être « supprimées ou retenues par les chefs d'établisse- « ment sous les peines portées au titre III ». Ces peines sont : cinq jours à un an de prison, cinquante francs à trois mille francs d'amende.

Donc, s'il est permis au médecin, s'il a même le devoir de favoriser de sa protection la correspondance *intime* de ses malades (et, par ce mot, j'entends les relations

©BIUM

épistolaires qu'ils entretiennent avec leurs parents et leurs amis) son action cesse de s'exercer sur les lettres que les aliénés adressent aux personnages investis par l'article 4 d'un droit de surveillance absolue, auquel il serait téméraire d'assigner des limites.

Les inspecteurs légaux des asiles sont chargés de « recevoir les réclamations des malades et de prendre à « leur égard les renseignements propres à faire connaî- « tre leur position ». Ils ont donc qualité pour recueillir leurs confidences, de quelque nature qu'elles soient. Ils écoutent non seulement les doléances des pensionnaires de l'asile touchant la séquestration et le traitement qu'ils subissent, mais encore les communications que leur font les aliénés sur leur vie privée et les affaires des personnes qu'ils connaissent.

Professionnellement discrets, ces personnages n'abuseront pas de ces confidences et partageront avec le médecin la responsabilité du secret. Sincèrement probes, ils ne retiendront de ces entretiens que ce qui peut être utile au malade et ils oublieront le reste. C'est chose convenue.

Il semble logique d'admettre que le même privilège doive leur être attribué lorsqu'il s'agit de réclamations écrites. Cependant, je ne puis m'empêcher de faire à ce sujet quelques réflexions.

On ne saurait contester qu'une révélation écrite n'ait une portée infiniment plus sérieuse qu'un propos échappé inconsidérément de la bouche d'un malade. En général, rien ne subsiste d'une déclaration verbale que l'impression d'une conception délirante qu'il faut tenir pour suspecte et à laquelle il n'y a pas lieu de s'arrêter. Les personnes qui la reçoivent font la part du trouble mental et ne retiennent, en écoutant le malade, que les paroles qui intéressent leur mandat, la protection de la liberté individuelle et la situation matérielle du réclamant.

©BIUM

Mais une lettre, voire une lettre d'aliéné, a la valeur d'un document. La matière écrite, si elle est malfaisante, possède une nocivité durable, susceptible d'étendre ses effets désastreux, si elle est mal gardée. Toute considération doit disparaître devant la sauvegarde que la loi veut assurer à la liberté individuelle, c'est bien entendu ; mais il est permis de regretter que le droit de réclamation, aussi entier, puisse donner lieu à la propagation de la diffamation et de l'injure, sous le couvert d'une plainte légale.

Mettez un médecin que sa profession oblige à étudier et à suivre ses malades en présence d'une lettre qu'il a dû lire par devoir et qu'il trouve chargée de révélations intimes, menaçantes pour leur auteur ou pour des personnes du dehors. Il sera tenté de violer la loi en anéantissant cet écrit d'un irresponsable.

Pourquoi mettre sa conscience à l'épreuve ?

Lorsqu'un honnête homme voit poindre un malheur prochain, il est irrésistiblement porté à le conjurer de toutes ses forces. Voler au secours de son semblable dans la détresse est une conduite naturelle, instinctive, à laquelle il ne saurait se dérober sans souffrir. Si cet honnête homme est lié à son prochain par une solidarité affectueuse, si la situation sociale où il se trouve lui crée une obligation professionnelle vis-à-vis de celui que le péril menace, il acceptera moins encore d'être dégagé du devoir de le secourir.

Telle est cependant la nécessité qui est faite à l'aliéniste, que la loi fait déchoir de son rang de protecteur en lui défendant de toucher aux lettres des aliénés dont elle lui attribue la direction. Il peut bien les empêcher de se laisser mourir de faim, de se serrer le cou, de se mutiler ; mais il doit les laisser mettre au jour et propager librement des insanités dont la connaissance peut accumuler des ruines ! Il lui est interdit de les

©BIUM

servir en combattant leur *scribomanie*, comme il détruit les effets de leurs suggestions maladives.

Il est bien acquis, quoi qu'on en puisse penser, le droit de contrôle absolu et de *veto* arbitraire pour la correspondance familière des aliénés. Le médecin doit avoir le courage de l'exercer au nom de l'hygiène morale et dans l'intérêt de tous. Il accomplit fermement cette tâche délicate, bien qu'on lui puisse reprocher d'être le dernier mot du despotisme, puisqu'elle aggrave l'internement physique d'une véritable séquestration morale.

Mais, d'autre part, son action défensive est paralysée par la loi de 1838, qui lui enjoint de faire parvenir les réclamations d'aliénés à des personnages privilégiés, désignés par elle. Une formule laconique le relève d'une surveillance tutélaire et il n'a qu'à laisser passer. Mais on remarquera qu'il est relevé en même temps du premier de ses devoirs, la direction des aliénés, qui devient impraticable.

Aussi doit-il renoncer à prendre connaissance de ces lettres qu'il n'a pas le droit d'intercepter, et dont la lecture pourrait faire naître en son âme une lutte pénible. Il les enverra sans les ouvrir.

Les lois qui régissent les aliénés dans les divers pays d'Europe devraient préciser cette abstention et cette obligation. Elles ne figurent même pas dans le futur projet de loi que la France attend dans un avenir plus ou moins prochain. C'est regrettable, car une telle disposition bien spécifiée aurait l'avantage d'indiquer nettement au médecin sa conduite, sans l'autoriser à des interprétations imprudentes. S'il lui est défendu d'ouvrir une lettre, il ne sera pas tenté de la modifier ou même de l'arrêter au passage.

La nouvelle loi anglaise, qui est en vigueur depuis 1889, est complète sous ce rapport ; elle assure sans

©BIUM

équivoque la liberté des lettres que les aliénés écrivent à certains personnages. Elle est ainsi conçue :

Section 46. — « Tout directeur d'asile doit envoyer « sans les ouvrir toutes les lettres écrites par les ma- « lades (privés ou pauvres) et adressées au lord chan- « celier, à tout juge de l'aliénation mentale, à tout « secrétaire du gouvernement, à tout inspecteur, à la « personne qui a signé l'ordre de placement ou qui a « demandé le placement ; à tout visiteur ou à tout comité « visiteur de l'asile où se trouve le malade.

« Il peut aussi à son gré (*at his discretion*) faire par- « venir toute autre lettre écrite par un malade privé. »

Section 47. — « Par les soins des inspecteurs privés « sont affichés dans l'établissement des avis imprimés « indiquant :

« Le droit qu'a chaque malade d'écrire des lettres en « vertu de l'article 46.

« Le droit qu'a chaque malade de demander un « entretien personnel et particulier avec un inspecteur « de l'aliénation mentale ou un visiteur de l'asile.

« Ces personnages désignent la place où ces avis « doivent être affichés. »

La loi anglaise réalise une innovation qui a son importance. Elle ne borne pas sa formule à une brève injonction ; mais elle protège plus efficacement la liberté individuelle en prescrivant une pratique prudente qui préserve les gardiens d'aliénés d'une tentation dangereuse. Elle distingue les lettres adressées aux autorités de l'ordre administratif et judiciaire et à la personne qui a placé le malade, de celles qui composent la correspondance privée de l'aliéné. Les unes sont rigoureusement respectées et non ouvertes ; le sort des autres est laissé *à la discrétion* du médecin.

Il ne faut pas voir dans ces prescriptions un déni de confiance, mais une précaution très sage pour lui éviter

©BIUM

un trouble de conscience et le décharger d'une responsabilité parfois bien lourde.

J'estime que toutes les nations devraient être favorisées d'une loi semblable. A son défaut, la conduite du médecin doit être celle de nos confrères anglais. Tout écrit adressé aux personnages officiels ne sera pas lu, et il échappera à la tentation de lire cet écrit en le faisant parvenir à son adresse, sans se permettre d'en violer l'enveloppe.

Mais le médecin dispose à son gré des autres lettres. Il peut les retenir arbitrairement, en vertu du droit que lui confère la direction morale des aliénés, qui lui appartient sans conteste.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 30 AVRIL 1900.

Présidence de M. MAGNAN

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Quelques données sur la mesure de la pression sanguine chez les aliénés, par le Dr Alex. Pilez. — M. Legrain se charge d'analyser ce travail ;

2° *Bulletin de la Société belge de neurologie*, n° 9.

3° *Bulletin de la Société française de tempérance*, nos 3 et 4 ;

4° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de mars 1900.

Rapport de la commission du prix Aubanel.

M. Pactet. — Messieurs, votre commission du prix Aubanel, composée de MM. Brunet, Christian, Klippel, Nageotte et Pactet, rapporteur, n'a eu qu'un seul mémoire à examiner. Le sujet mis au concours semblait cependant tout à fait propre à stimuler le zèle et la sagacité clinique des médecins qu'intéresse l'étude des maladies mentales. La question de l'étiologie de la paralysie générale n'est-elle pas l'une de celles qui ont le plus vivement passionné les sociétés médicales et y ont soulevé les discussions les plus animées? Et l'on peut dire, sans être taxé d'exagération, que les différents points en litige sont encore loin d'être définitivement élucidés et que les théories qui se sont fait jour sur les facteurs étiologiques de cette maladie conservent leurs champions résolus autant qu'irréductibles. Aussi n'était-il

©BIUM

pas défendu d'espérer, sur cet intéressant sujet, l'éclosion de nombreux mémoires qui auraient contribué à activer la solution d'un problème à l'ordre du jour. Il n'en a malheureusement rien été, et je ne m'attarderai pas à formuler des regrets inutiles ; car, j'ai hâte de le dire, si la pénurie des mémoires fut grande, celui qui nous a été présenté a le mérite d'être un travail des plus intéressants qui, à tous égards, s'impose à l'attention. M. le docteur Ernest Coulon, médecin de l'asile de Clermont, de l'Oise, en est l'auteur. On sent à la lecture de ce travail que M. Coulon est pénétré de son sujet, qu'il l'a médité et que les opinions qu'il apporte, il ne se les est pas formées d'une façon hâtive, pour satisfaire aux exigences d'un concours dont le sujet est imposé, mais qu'elles sont étayées sur des documents cliniques et histologiques patiemment réunis, minutieusement étudiés et lumineusement interprétés. C'est qu'il était en effet fort bien préparé à traiter cette question : elle avait déjà été de sa part l'objet de recherches qu'il avait exposées, il y a quelques années, dans sa remarquable thèse de doctorat.

Le principe qui domine son mémoire est que le cerveau, en tant que siège des manifestations de l'activité psychique, n'échappe, pas plus que les autres organes, aux lois de la pathologie générale et que comme eux, il est susceptible d'être impressionné par tous les agents pathogènes. Aussi ne se contente-t-il pas des indications d'ordre tout à fait général sur les causes plus ou moins éloignées qui peuvent favoriser la production de la paralysie générale ; mais il s'efforce de préciser, à la lumière des découvertes les plus récentes de la biologie et de l'histologie, celles dont l'action plus prochaine s'exerce pour provoquer cette maladie.

Le travail de M. Coulon est divisé en trois parties : il étudie d'abord les facteurs que l'on a l'habitude d'incriminer dans l'étiologie de la paralysie générale ; en second lieu, il recherche quelle est la valeur étiologique de ces facteurs et des théories qu'ils ont permis d'édifier et enfin, dans un troisième chapitre, il expose ses conclusions. Je n'analyserai pas ce mémoire en détail, je me bornerai à en résumer brièvement le dernier chapitre.

L'auteur pense qu'il est permis de considérer le pro-

©BIUM

cessus de la paralysie générale comme une infection secondaire évoluant sur un organisme déjà altéré, soit par des tares héréditaires, soit par des lésions acquises. Il se rallie donc sans réserve à la théorie qui a été présentée et soutenue dans de nombreux travaux par notre très distingué collègue, M. le docteur Klippel.

Cette théorie, nous dit-il, s'accorde parfaitement avec les faits et permet de donner une explication simple des différentes situations cliniques en face desquelles l'on peut se rencontrer. Elle explique les formes diverses de la maladie, l'irrégularité dans l'apparition des symptômes, leurs caractères prédominants ou effacés suivant les localisations de l'infection sur tel ou tel point de l'axe cérébro-spinal.

Elle explique, en outre, les formes évolutives de la maladie suivant l'intensité à la fois de l'état de réceptivité et de la cause pathogène : formes communes, formes rapides, formes lentes avec rémission, formes frustes ou latentes. Enfin, elle permet de concevoir le mécanisme des rémissions et des guérisons partielles par l'arrêt des phénomènes inflammatoires et le fonctionnement de tous les éléments qui sont restés valides dans les centres nerveux.

Messieurs, je crois avoir suffisamment insisté pour mettre en lumière la valeur du mémoire de M. Coulon et j'espère que vous vous rallierez à l'avis de votre commission qui vous propose de décerner à l'auteur une somme de dix-sept cents francs, à titre de récompense.

Conformément aux conclusions de ce rapport, une récompense de 1.700 francs est accordée à M. Coulon.

La question proposée pour le prochain concours du prix Aubanel, en 1902, est la suivante : « *Valeur séméiologique des idées hypochondriaques dans les maladies mentales, appuyée sur des observations personnelles.* » — Ce prix sera de la valeur de 2.000 francs.

Eloge de Billod.

M. Ritti donne lecture de l'éloge de Billod, ancien médecin en chef-directeur de l'asile de Vaucluse. (Voir plus haut, p. 11.)

René Semelaigne.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1898.

I. — *Guérison du goitre congénital d'un nourrisson par l'alimentation thyroïdienne de la nourrice;* par les Drs A. Mossé, de Toulouse, et Cathala, de Castillon (séance du 12 avril). — Il s'agit d'un enfant d'une goitreuse faible d'esprit de vingt-cinq ans, né avec un goitre congénital bilobé, sans myxœdème, mais athrepsique au moment de l'examen. Le pronostic semblait fatal à brève échéance. Les auteurs eurent l'idée de chercher si la thyroïdisation de la mère pourrait avoir un effet favorable pour l'enfant et ils administrèrent la thyroïdine sèche à raison de deux tablettes par jour, représentant 1 gr. 50 de glande. Après un mois et demi de traitement, le goitre de la mère avait diminué et une amélioration notable s'était produite chez l'enfant. L'athrepsie cédait rapidement, le goitre s'affaiblissait et la santé de l'enfant devenait florissante. Cet heureux résultat s'est maintenu.

C'est le premier cas où l'on ait tenté, dans un but thérapeutique, de soumettre la nourrice au traitement thyroïdien pour agir sur l'enfant. C'est un exemple encourageant et qui mériterait d'être suivi.

II. — *Sur la nature et le traitement de la chorée*; par le Dr Moncorvo, de Rio de Janeiro (séance du 17 mai). — M. Moncorvo résume sa courte communication de la façon suivante :

« 1° Les souches nerveuses et éthyliques si souvent retrouvées dans les observations de chorée, laissent hors de doute influence notoire de cette condition étiologique;

2° L'hystérie paraît avoir une influence marquée sur l'éclosion de la chorée, au point que l'on a prétendu même regarder celle-ci comme une modalité de la précédente;

©BIUM

3° D'après l'avis de certains auteurs, pour lesquels il y aurait d'étroits liens de parenté entre la chorée et les maladies infectieuses les plus communes dans l'enfance, l'on serait porté à croire que la chorée n'est qu'une maladie banale tenant à des causes virulentes diverses;

4° Les liens bien avérés de cause à effet entre la chorée et le rhumatisme, depuis longtemps admis par des cliniciens de la plus haute compétence, d'une part, et la nature bactérienne du rhumatisme signalée par Achalme, Thiroloix, Triboulet, Coyon et Zadoc, d'autre part, m'engagent à ne voir dans la chorée que la détermination cérébro-médullaire de l'infection rhumatismale développée dans l'organisme d'un hystérique ou d'un neurasthénique;

5° Au nombre des moyens thérapeutiques essayés pour le traitement de la chorée, il faut relever ceux dérivés de la série aromatique tels que l'*antipyrine*, dont je fixai la posologie convenable pour le cas, l'*exalgine*, l'*asaprol*, et l'*analgène*, dont je démontrai le premier l'action curative dans la chorée. »

L'auteur fournit une statistique de huit cas de chorée qui ont guéri dans un délai de dix-huit à cinquante jours sous l'influence exclusive de l'analgène administré à des doses de 3 à 8 grammes par vingt-quatre heures.

III. — *Rapport sur un travail de M. Maurice de Fleury relatif au traitement médical de l'épilepsie;* par M. Motet (séance du 6 septembre). — M. de Fleury, mettant à profit les recherches modernes sur les auto-infections, propose d'instituer chez les épileptiques l'hygiène de l'appareil digestif et l'hygiène de l'appareil respiratoire : « lavages de l'intestin, lavages de l'estomac, régime alimentaire, ce ne sont pas, dit-il, des moyens héroïques, mais je pense qu'il est actuellement du devoir de tout praticien consciencieux de s'y attacher patiemment avant de demander au chirurgien la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique ».

M. Motet partage cet avis.

Le mémoire analysé contient en outre une série de recherches sur l'action du sérum artificiel chez les épileptiques. Cet agent augmenterait dans une proportion notable les effets sédatifs du bromure, et deux ou trois injections suffiraient pour permettre de descendre à des doses de 2 ou 3 grammes seulement de médicament actif. L'action du sérum, d'après M. de Fleury, s'expliquerait par le relèvement de la tension artérielle et le renforcement de la tonicité cardiaque.

©BIUM

IV. — *Sur l'influence de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie du tabes spasmodique congénital ;* par M. Moncorvo, de Rio de Janeiro (séance du 20 septembre). — Après avoir montré comment l'attention des cliniciens fut peu à peu appelée sur les désordres fonctionnels cérébraux ou médullaires dus à la syphilis et rappelé l'influence nocive de cette infection sur le développement de l'appareil de l'innervation qui peut subir de son fait un arrêt total ou partiel de ses différentes parties, M. Moncorvo démontre le rôle de la syphilis héréditaire dans la production du tabes spasmodique congénital ou maladie de Little, rôle déjà indiqué par MM. Fournier et Gilles de la Tourette. Il fournit trois observations à l'appui de son opinion.

1° Garçon de quatre ans, dont le père offre encore des signes de syphilis. Peu après la naissanc,e coryza, efflorescences papuleuses. Dès les premiers jours, la mère s'aperçut qu'il remuait à peine les quatre membres et que les jambes présentaient une raideur anormale. A l'examen direct, on constate une intelligence émoussée, de l'adénopathie périphérique, de l'asymétrie cranienne et les signes au complet du tabes spasmodique congénital ;

2° Garçon âgé de un an. Le père avant son mariage a eu un chancre suivi d'accidents secondaires. Le malade est le quatrième de la famille et est né à terme en état de mort apparente. Deux semaines plus tard, sa mère s'aperçut que ses quatre membres étaient rigides, la raideur s'accusant davantage quand on les touchait ou qu'on les écartait. Outre les signes du tabes spasmodique, l'enfant présente un coryza chronique, des taches jambonnées sur le tronc et les membres et des ganglions multiples hypertrophiés. Faiblesse intellectuelle, nystagmus, etc.

3° Garçon âgé de six ans. Le père a eu la syphilis, l'enfant est venu au monde à terme et dans de bonnes conditions. Aussitôt après la naissance, coryza, alopécie, éruption papuleuse disséminée.

A l'âge de quatre ans, gommes éparses au tronc et aux membres. Jusqu'à la fin de sa deuxième année, impossibilité de marcher par l'effet de la raideur des membres inférieurs. L'enfant, outre les signes du tabes spasmodique, présente un aspect hébété, avec articulation vicieuse et strabisme.

Ces faits très caractéristiques, où le type de Little ne laisse rien à désirer, semblent à l'auteur imputables à la seule syphilis. Il faut cependant noter la prédisposition aux affections

©BIUM

nerveuses qui existait dans les familles de ces enfants et dont nous avons omis le détail (hystérie de la mère dans un cas, attaques épileptiformes de la mère dans un autre, rigidité spasmodique congénitale chez le frère dans un autre).

V. — *a*) *Sur la section du sympathique dans l'épilepsie expérimentale;* note préalable (séance du 4 octobre 1898). — *b*) *Présentation sur la résection du sympathique dans l'épilepsie expérimentale* (séance du 11 octobre 1898); — *c*) *Sur l'ablation du sympathique cervical* (séance du 29 novembre); par M. J.-V. Laborde). — *a*) La facilité avec laquelle on détermine l'épilepsie sur le cobaye a engagé M. Laborde à transporter sur le terrain expérimental la pratique de la section et de l'abrasion du sympathique dans le traitement de l'épilepsie de l'homme. L'auteur pratique sur un jeune cobaye une hémi-section de la moelle épinière à gauche, en vue de la production consécutive de l'épilepsie subordonnée à l'apparition d'une zone épileptogène cervicale. Au bout d'un mois, ce résultat est obtenu. Alors il résèque le sympathique du même côté et, les suites de l'opération une fois réparées, voici ce qu'il constate:

L'excitation appropriée de la zone épileptogène primitivement efficace, à gauche, continue à provoquer un accès épileptiforme, mais atténué, tandis que du côté opposé il s'est développé une zone épileptogène nouvelle donnant lieu à un accès plus complet, présentant surtout les signes et le caractère de l'épilepsie spinale.

Sur un second animal, M. Laborde pratique la résection préventive des deux filets sympathiques cervicaux, puis il provoque l'épilepsie par un second procédé, la résection de l'un des nerfs sciatiques. Dans ce cas, l'épilepsie se produit par l'excitation de la zone épileptogène cervicale, absolument comme si les sympathiques n'avaient pas été touchés.

b) Dans une séance subséquente, et pour lever tous les doutes, M. Laborde répète son expérience sur un nouveau sujet. L'excitation de la zone cervicale épileptogène provoque *illico* un accès qui réalise le cycle épileptique complet, depuis le petit cri initial jusqu'à la période comateuse.

c) Enfin, dans une troisième communication, M. Laborde, poursuivant son programme de recherches expérimentales relatives au traitement chirurgical de l'épilepsie, enlève tout le cordon cervical sympathique avec la chaîne des trois ganglions, après avoir, au préalable, rendu l'animal épileptique par l'hémi-section de la moelle. Dans ce cas encore, le résultat est

©BIUM

le même, l'épilepsie subsiste avec tous ses caractères. D'où la conclusion que : l'enlèvement complet du cordon sympathique cervical avec ses trois ganglions, supérieur, moyen, inférieur, n'exerce aucune influence sur l'épilepsie expérimentale confirmée.

L'auteur ajoute que l'opération provoque un ptosis très accusé avec rétraction du globe oculaire et myosis du côté opéré, et que l'enlèvement du ganglion premier thoracique est invariablement suivi de mort à brève échéance.

A. CULLERRE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

ANNÉE 1896.

American Journal of Insanity.

I. — *Cas de fragilité des os chez un aliéné;* par le Dr H.-C. Eyman (numéro de janvier). — Il s'agit d'un malade atteint d'excitation maniaque, qui dans son agitation, et dans les luttes qu'il soutenait contre ses gardiens, se fractura plusieurs côtes dans des conditions qui n'auraient pas dû produire un tel résultat si les os n'avaient pas eu une fragilité particulière. A l'autopsie on constata dix-neuf points de fracture en diverses côtes.

II. — *L'usage de l'alcool dans ses rapports avec la folie;* par les Drs H.-M. Bannister et G. Alder Blumer (numéro de janvier). — Etude courte, mais substantielle, d'où sortent les conclusions suivantes : 1° Les excès d'alcool causent indubitablement la folie; 2° la folie alcoolique forme un contingent de dix à douze p. 100 dans les cadres de l'aliénation mentale; 3° on ne peut guère définir ce qu'est boire de l'alcool avec modération; tout dépend des aptitudes du buveur et les dégénérés sont facilement dérangés par de petites quantités d'alcool.

III. — *Cas de démence paralytique de longue durée;* par le Dr W.-L. Worcester (numéro de janvier). — La maladie, avec des symptômes bien caractérisés, a mis quatorze ans à évoluer jusqu'à la mort, de 1881 à 1895. Encore peut-on se demander si des phénomènes mélancoliques qui s'étaient manifestés dès 1874 n'étaient point le prélude de la paralysie générale.

IV. — *L'électricité dans le traitement de la folie;* par le Dr Irwin H. Neff (numéro de janvier). — Simple note pour

©BIUM

recommander la faradisation dans le traitement des formes simples.

V. — *Contribution à l'étiologie et à la pathologie générales de la folie;* par le Dr Ales Hrdlicka (numéro de janvier).

A. — Dans l'analyse minutieuse d'un grand nombre d'observations, l'auteur a constaté que parmi les hommes, on trouvait dans leur famille la tuberculose dans 35 ou 40 cas p. 100, parmi les femmes plus de 50 p. 100. La folie peut être alors considérée comme une transformation de la tuberculose.

B. — Les troubles de l'odorat, hyperesthésie ou anesthésie, sont assez communs dans toutes les formes de maladies mentales, surtout dans la folie épileptique et dans la paralysie générale.

C. — Les réflexes patellaires sont souvent exagérés chez les aliénés. Ils sont, en tout cas, plus souvent modifiés que ceux de l'iris.

E. — On rencontre quelquefois, rarement, chez des aliénés, la cécité des couleurs.

VI. — *Revue des signes de dégénérescence et des méthodes d'enregistrement de ces signes;* par le Dr Adolf Meyer (numéro de janvier). — Note qui ne peut guère s'analyser, où ceux qu'intéressent les mensurations de la tête, de l'oreille, etc., trouveront d'utiles renseignements.

VII. — *Les progrès de la psychiatrie en Amérique;* par le Dr Edward Cowles (numéro de janvier). — Discours intéressant, mais qui, lui non plus, n'est guère susceptible d'une courte analyse.

VIII. — *Le nouvel asile Mclean;* par le Dr Henry M. Hurd (numéro d'avril). — Description très détaillée. Asile où l'on a adopté le système des pavillons séparés ; à noter cette particularité que chaque pavillon est construit sur plan particulier, très différent des autres. Cela évite la monotonie.

IX. — *De la responsabilité civile des sexuels pervers;* par le Dr Allan M'Lane Hamilton (numéro d'avril). — Si la perversion sexuelle est parfois une marque de folie, elle ne l'est pas toujours, et n'entraîne pas toujours pour celui qui en est atteint la nécessité d'être privé de ses droits civils. — Examen de divers cas observés par l'auteur.

X. — *La folie épileptique;* par le Dr Jas.-G. Kiernan (numéro d'avril). — Etude intéressante où l'auteur sépare nettement la folie épileptique des diverses formes de folie qui peuvent survenir chez des épileptiques.

©BIUM

XI. — *Traitement de la folie en dehors des établissements spéciaux ;* par le Dr W.-F. Robinson (numéro d'avril). — Ce traitement est possible, mais sous la direction d'un médecin compétent et avec l'assistance de serviteurs bien formés. Il doit en tout cas se faire hors de la famille. Il ne peut dans ces conditions être organisé que pour un nombre restreint d'individus ayant pour cela une fortune suffisante, et pouvant avoir à leur service exclusif des médecins disposés à assumer des fonctions très absorbantes.

XII. — *Quelques observations relatives à des signes physiques possibles de dégénérescence ;* par le Dr Irwin H. Neff (numéro d'avril). — Ces signes sont des déformations diverses des membres ou du corps, et des troubles de la vue. Dans ses trois dernières observations l'auteur signale l'influence néfaste de la consanguinité.

XIII. — *Déformation ou paralysie de la luette comme signe de dégénérescence ;* par le Dr Charles L. Dana (numéro d'avril). — La luette peut être rudimentaire, bifide, double, déviée, allongée. — Chez les aliénés, Dana l'a trouvée irrégulière dans la moitié des cas. Sa déviation, état où elle est en quelque sorte tordue sur elle-même, paraît être un signe marqué de dégénérescence.

XIV. — *Psychologie de l'idiot ;* par le Dr Frederick Peterson (numéro de juillet). — Etude rapide de l'état des organes des sens, des instincts et des fonctions intellectuelles chez l'idiot.

XV. — *La thyroïdine dans la catalepsie ;* par le Dr Joseph G. Rogers (numéro de juillet). — L'auteur rapporte longuement un cas d'espèce de catalepsie où la maladie a duré près de trois ans. Divers traitements avaient été employés sans succès. La thyroïdine à la dose progressive de 20 centigrammes à 1 gr. 50 par jour amena de l'amélioration. Chemin faisant on eut à constater les symptômes d'une sorte de maladie de Graves, que l'on crut devoir attribuer au médicament. — L'auteur conclut que :

1° L'usage de la thyroïdine peut être utile dans les cas de dépression mentale, dans la mélancolie simple ou avec stupeur ;

2° La thyroïdine à haute dose amène des signes de maladie de Graves, notamment de la conjonctivite, des éruptions cutanées, la coloration bronzée, des sueurs locales profuses et fétides, une tachycardie prononcée ;

3° Il semblerait résulter de là que la maladie de Graves est due à la suractivité de la glande thyroïde.

©BIUM

XVI. — *Etude de trois cent soixante-huit cas de paralysie générale;* par le Dr Irwin H. Neff (numéro de juillet). — Entre autres considérations de cette étude, notons les suivantes : La syphilis a été rencontrée dans la moitié des cas à peu près chez les femmes. — La durée moyenne de la maladie a été d'environ trois ans chez les hommes, quatre ans chez les femmes. — Dans 3 cas, le mal est survenu entre quinze et vingt ans; 8 fois, entre vingt et vingt-cinq ans; 4 fois, après soixante ans. — Le plus grand nombre de cas s'est trouvé entre quarante et quarante-cinq ans.

XVII. — *Cent observations consécutives de paralysie générale;* par le Dr R.-M. Phelps (numéro de juillet). — Bien qu'il n'ait trouvé d'une manière positive la syphilis que dans la moitié des cas, l'auteur estime que celle-ci doit être regardée comme la cause ordinaire de la paralysie générale.

XVIII. — *Assistance publique des aliénés dans l'état de New-York*; par le Dr Carlos F. Macdonald (numéro de juillet). — L'auteur montre que les lois récentes qui, dans l'état de New-York, ont transformé, il y a peu d'années, le mode d'assistance des aliénés et ont tout centralisé entre les mains de l'État, représenté par une commission spéciale, que ces lois, disons-nous, ont produit d'excellents résultats à toutes sortes de point de vue, notamment au point de vue économique. On dépense moins, tout en traitant les aliénés mieux qu'ils ne l'étaient.



XIX. — *Des onctions de lard frais dans l'amaigrissement;* par le Dr George Boody (numéro de juillet). — Quatre observations de malades qui, soit refus de nourriture, soit pour d'autres causes, restaient dans un état de maigreur extrême. Le Dr Boody leur fit faire par tout le corps, mais surtout aux plis articulaires, aux aisselles, des onctions de lard frais. Les malades en ressentirent un grand bien-être et ne tardèrent pas à s'améliorer. L'auteur conclut que :

A son avis, les téguments sont susceptibles d'absorber des produits nutritifs ;

Il convient de les faire servir lorsque le traitement tonique intérieur et le massage ont échoué;

Enfin, que lorsque l'estomac refuse la nourriture nécessaire, les onctions cutanées avec des corps gras, lard, huile, ou autres, faites deux fois par jour, sont très profitables aux malades.

XX. — *Notre association et nos associés;* par le Dr Richard

©BIUM

Dewey (numéro d'octobre). — Discours prononcé à la réunion de l'association médico-psychologique américaine, en mai 1896. — Le Dr Dewey y examine les rapports que peuvent avoir les aliénistes, avec tous ceux qui, à quelque titre que ce soit, ont à s'occuper des aliénés. Il y dit en passant un mot des neurologistes qui ont la prétention de restreindre le champ de la science médico-mentale au profit de la neurologie, prétention injustifiée.

XXI. — *Présent et passé;* par le Dr W.-W. Godding (numéro d'octobre). — Regard jeté surtout sur le passé de l'Association médico-psychologique américaine, sur ses actes d'autrefois, et sur quelques-uns de ses anciens membres.

XXII. — *L'éducation philosophique;* par G. Stanley Hall (numéro d'octobre). — Cette éducation est utile pour tous ceux qui s'occupent de maladies mentales et nerveuses.

XXIII. — *L'internement des aliénés et les ordonnances d'habeas corpus;* par le Dr John B. Chapin (numéro d'octobre). — Les lois de certains États veulent que les aliénés internés qui ont adressé des réclamations aux tribunaux soient amenés à l'audience pour y subir un examen public et en quelque sorte contradictoire. Le Dr Chapin montre les inconvénients de cette manière de faire et 11 cas qu'il rapporte prouvent qu'elle est illusoire ou nuisible.

XXIV. — *Observations de paraphasie et de surdité verbale;* par le Dr W.-L. Worcester (numéro d'octobre). — Seize observations, dont plusieurs avec autopsie, d'où il ressort que les troubles en question sont liés à des altérations de la partie postérieure de la première circonvolution frontale. Les rapports de cette région avec les voies normales de l'audition et de la mémoire des mots étant supprimés, il en résulte à la fois l'impossibilité d'entendre le langage parlé et de trouver les mots pour l'expression de la pensée. Dans quelques cas on a pu améliorer les malades et refaire en quelque sorte leur éducation en leur réapprenant les mots.

XXV. — *Influence psychique de la nuit;* par le Dr A.-B. Richardson (numéro d'octobre). — La nuit exerce sur l'homme sain une influence incontestable et change sur bien des points les dispositions qu'il avait dans le jour. Elle agit également sur les aliénés, notamment sur les mélancoliques. Ceux-ci sont plus inquiets dans les dernières heures de la nuit ; leur dépression est plus grande et c'est alors qu'ils ont le plus aisément des idées de suicide.

©BIUM

The alienist and neurologist.

I. — *Perversion sexuelle*; par le Dr William Lee Howard (numéro de janvier). — Il peut être fort difficile de distinguer la perversion morbide du vice proprement dit. En certain cas cependant, l'examen de la vie du sujet permet de se faire une opinion fondée. L'auteur rapporte trois faits confirmatifs.

II. — *Le quebracho dans la mélancolie et dans les états de stupeur;* par le Dr Jas. G. Kiernan (numéro d'avril). — Cette plante et ses alcaloïdes ont pour effet d'activer la respiration. Son emploi a donné de bons résultats dans les maladies où l'inhibition cérébrale a pour effet de ralentir les échanges pulmonaires, notamment dans les formes mélancoliques plus ou moins graves.

III. — *De quelques erreurs courantes au sujet des aliénés;* par le Dr Arthur E. Mink (numéro de juillet). — Elle consistent à croire que tout aliéné est nécessairement désordonné, qu'il est incapable de suivre aucun raisonnement, qu'il est incapable d'agir en vertu de motifs déterminés et d'avoir conscience de ce qu'il fait.

IV. — *Un aliéné homme de génie. Hoffmann;* par le Dr Jas. G. Kiernan (numéro de juillet). — Étude fort intéressante sur cet écrivain qui était manifestement un dégénéré, un aliéné.

V. — *Sur le diagnostic différentiel de la folie;* par le Dr C.-B. Burr (numéro d'octobre). — Ce diagnostic n'est pas toujours facile, ni même possible. Dans les formes les plus simples de manie ou de mélancolie, il peut y avoir des causes d'erreur. La manie aiguë peut se confondre avec le délire alcoolique aigu, ou avec le délire fébrile, quelquefois même avec la mélancolie aiguë. Les formes rémittentes et circulaires exposent à des erreurs fréquentes. La paralysie générale au début n'est pas toujours facile à reconnaître. Quand elle est confirmée, elle doit être encore distinguée avec soin des formes paralytiques dues soit à l'alcoolisme chronique, soit à la syphilis. La mélancolie avec stupeur peut laisser croire à la démence. Toujours les signes propres à chaque état doivent être analysés avec un soin minutieux.

The Journal of nervous and mental desease.

I. — *La folie chez les jeunes femmes;* par le Dr Clara Barrus (numéro de juin). — Étude analytique de 121 cas de folie chez

©BIUM

des femmes ou des jeunes filles, entre onze et trente-cinq ans. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas fait une mention spéciale des observations de six de ces malades âgées de onze à dix-sept ans.

Les formes mobides observées ont été surtout : la manie aiguë, 33 cas ; la manie subaiguë, 17 ; la mélancolie aiguë, 22 ; la démence, soit primitive, soit consécutive, 17.

Dans 59 cas on a trouvé les marques certaines de l'hérédité. Un grand nombre des malades avaient des signes physiques de dégénérescence.

II. — *L'ennemi de la civilisation au vingtième siècle ;* par le Dr A.-B. Richardson (numéro de juin). — Cet ennemi c'est l'aliéné persécuté, qui devient de plus en plus nombreux et de plus en plus dangereux. L'auteur expose brièvement quatre faits où des aliénés de cette catégorie avaient commis des attentats mortels.

III. — *Rapport préliminaire du comité chargé d'étudier la question du patronage des aliénés guéris ;* par le Dr Henri R. Stedman (numéro de décembre). — Ce rapport n'est guère qu'une courte note. Il pose en principe l'utilité du patronage dont il s'agit ; il constate qu'un certain nombre de médecins d'asiles, consultés, se sont prononcés en sa faveur, mais il indique la nécessité de recueillir un plus grand nombre d'opinions.

ANNÉE 1897

American journal of insanity.

I. — *L'état de conscience dans l'attaque épileptique et dans ses équivalents ;* par le Dr H.-M. Bannister (numéro de janvier). — L'auteur rappelle des cas qu'il avait publiés, en 1886, dans la *Neurological Review* et les rapproche d'autres cas qui ont été publiés depuis lors, d'où il résulte que la perte de connaissance, signe habituel des attaques d'épilepsie, manque quelquefois, et que certains malades peuvent se rappeler plus ou moins ce qui s'est passé dans le cours de leurs attaques ou dans les troubles mentaux qui en ont été la conséquence. Il en est ainsi, notamment, après les accès de fureur épileptique.

Le Dr Bannister estime que la perte de connaissance ne devrait plus, en présence de tels faits, être donnée comme un des signes certains de l'épilepsie. Mais peut-on faire fonds sur

©BIUM

quelques cas exceptionnels, et ne pas tenir compte de la valeur d'un signe qui existe dans la presque universalité des cas?

II. — *Syphilis cérébrale;* par le Dr Sydney Kuh (numéro de janvier). — Elle est plus commune chez l'homme que chez la femme. La lésion la plus habituelle qu'elle occasionne est l'artérite, et généralement cette artérite est plus intense dans l'hémisphère gauche que dans le droit. On observe aussi quelquefois de la méningite à la base.

Parmi les symptômes, l'un des premiers et des plus marqués est la céphalée, laquelle est le plus souvent frontale, diffuse, profonde, intermittente, avec exacerbations. Elle concorde fréquemment avec des modifications dans le caractère des malades.

L'artérite amène des accidents divers, en rapport avec les régions cérébrales les plus altérées. La méningite de la base amène ses accidents spéciaux. La méningite de la convexité est bien plus rare que celle de la base. L'épilepsie d'origine syphilitique n'a rien qui la distingue de n'importe quelle épilepsie. Le traitement amende souvent les accidents; on ne doit pas manquer d'y faire entrer des toniques.

III. — *Des écoles d'infirmiers, et notamment de celle qui existe à l'asile de Saint-Pierre, Minnesota;* par le Dr H. A. Tomlinson (numéro de janvier). — L'auteur expose les principes d'éducation que l'on donne dans son école d'infirmiers, et les questions principales que l'on pose dans les examens. Un point qu'il est intéressant de noter dans la communication, c'est qu'il a trouvé utile d'avoir en quelque sorte deux catégories d'infirmiers, les uns chargés de la surveillance, les autres des soins du traitement. Il estime qu'en agissant ainsi, on obtient que chaque chose soit mieux faite.

IV. — *L'électricité statique dans le traitement des maladies mentales et nerveuses;* par le Dr H. R. Niles (numéro de janvier). — Elle peut être fort utile chez les mélancoliques, chez les neurasthéniques et chez bien d'autres névropathes. Elle contribue à relever la nutrition. Aucun agent ne stimule mieux qu'elle la fonction musculaire. Elle soulage les douleurs. Elle peut quelquefois aider au sommeil. Elle ne doit point être employée au hasard; mais, appliquée bien à propos, elle peut rendre de grands services.

V. — *La moelle des os dans l'anémie;* par le Dr William O. Mann (numéro de janvier). — Elle a été essayée chez vingt-deux malades, à l'exclusion de tout autre agent tonique, pen-

©BIUM

dant un mois, à la dose de 30 grammes par jour. Dans la plupart des cas, elle a modifié notablement l'anémie et l'état physique. Dans un cas même, il y avait eu amélioration de l'état mental.

VI. — *Maladies des reins et folie;* par le Dr Thomas P. Prout (numéro de janvier). — En comparant ses recherches avec celles qui ont été faites dans d'autres établissements hospitaliers, notamment ceux où l'on traite les maladies ordinaires, l'auteur constate que les maladies des reins sont plus fréquentes chez les aliénés que chez les autres malades.

VII. — *Manie, double conscience, suite d'excès alcooliques;* par le Dr Henry J. Berkley (numéro d'avril). — Observation détaillée d'un individu chez qui on ne pouvait, comme cause de maladie, invoquer autre chose que des excès alcooliques. Un jour il fut arrêté, étant manifestement dans un état d'excitation maniaque, et interné dans un asile. Pendant quatre mois, il resta dans un état de trouble marqué; il eut des hallucinations, des idées de persécution, cependant il accomplissait beaucoup d'actes qu'il faisait dans son état normal. Lorsqu'il revint à lui, il ne se rappelait rien de ce qu'il avait fait durant ces quatre mois. Dans les lettres qu'il avait écrites, il reconnut son écriture, mais ne se souvint pas de les avoir faites, et ainsi de bien d'autres choses. Le souvenir de ce qui lui était arrivé avant son arrestation lui revint à la même époque, alors que pendant la crise il n'en avait aucune conscience. Au bout de cinq mois, il sortit de l'asile en état de guérison.

VIII. — *Influence d'un carcinome du pylore sur les idées délirantes d'un mélancolique;* par le Dr James W. Walker (numéro d'avril). — Le malade s'imaginait avoir des serpents dans l'estomac.

IX. — *Cinq cas d'hystérectomie chez des aliénés;* par le Dr Isabel M. Davenport (numéro d'avril). — Deux des opérées guérirent de leur maladie mentale un temps assez long après l'opération. Une troisième eut une amélioration notable. Chez les deux autres il n'y eut aucun changement. L'auteur conclut de ces faits qu'on ne peut guère établir de corrélation entre la folie et les maladies de l'utérus.

X. — *Quelques mots sur l'anthropométrie;* par le Dr A. Hrdlicka (numéro d'avril). — Elle est susceptible de rendre quelques services aux études de neurologie ou d'aliénation mentale, mais il ne faut cependant pas lui demander beaucoup. Il faut surtout savoir se borner dans les mesures que l'on prend.

©BIUM

XI. — *Cas d'amnésie;* par le Dr Edwin R. Bishop (numéro d'avril). — Il s'agit d'un individu qui fut arrêté par la police; il était en état de vagabondage et paraissait n'avoir conscience de rien. La mémoire ne lui revint qu'au bout de quelques jours. Cet individu avait naguère reçu un coup sur la tête. Plus tard, il devint aliéné.

XII. — *Délire grave;* par le Dr A. S. Bowley (numéro d'avril). — Sous ce nom l'auteur comprend des états de trouble mental aigu avec fièvre, agitation extrême, désordre généralisé des idées. Le délire grave peut se produire dans des conditions diverses, habituellement sous l'influence d'une intoxication adventice ou spontanée, quelquefois par suite d'un état inflammatoire des méninges. C'est donc quelque chose de plus généralisé que le délire aigu. Le délire grave a le plus souvent une terminaison fatale. Sur vingt cas indiqués, la mort est survenue treize fois; il y a eu quatre guérisons; dans un cas, il y a eu démence consécutive.

XIII. — *Double hématome de l'oreille;* par le Dr F. P. Carter (numéro d'avril).— Une malade, atteinte de manie chronique, eut inopinément et en même temps un hématome à chaque oreille. On ne put reconnaître avec certitude que les tumeurs fussent dues à du traumatisme. On les traita par incision et drainage; la guérison fut extrêmement longue à obtenir et les oreilles restèrent très déformées.

XIV. — *Les progrès de la neurologie et leurs rapports avec la psychiatrie;* par le Dr B. Sachs (numéro de juillet).— Discours dont l'idée principale est que la neurologie a dû ses progrès aux études anatomiques, tandis que la psychiatrie s'appuie jusqu'ici surtout sur la clinique , et que ces deux branches de la science ne peuvent pas se désintéresser l'une de l'autre.

XV. — *Coup d'œil sur la psychiatrie dans les États du Sud;* par le Dr T. O. Powell (numéro de juillet). — L'auteur passe en revue les hommes et les choses, les aliénistes, les asiles d'aliénés, les progrès réalisés de côté et d'autre. Il constate que c'est surtout depuis leur émancipation que les nègres sont sujets aux maladies mentales; jusqu'alors on en voyait peu de cas parmi eux.

XVI. — *Considérations générales sur l'auto-infection;* par le Dr C. K. Clarke (numéro de juillet). — La doctrine de l'auto-infection permet de comprendre la nature d'un bon nombre de maladies mentales, mais elle ne les explique pas

©BIUM

toutes, ainsi par exemple, celles qui sont intermittentes ou à forme circulaire.

XVII. — *Aspects cliniques de l'auto-intoxication;* par le Dr Arthur W. Hurd (numéro de juillet). — Ce n'est guère que dans les maladies mentales aiguës qu'on peut avoir à s'en occuper au point de vue du traitement. Etant donnée l'influence que les excrétions ont à ce point de vue, il convient avant tout de recourir aux purgatifs. Les antiseptiques proprement dits ont donné des résultats variables et incertains, cause de déceptions nombreuses. Le bismuth et la naphtaline peuvent rendre des services. L'auteur fait volontiers ingérer de fortes quantités d'eau, notamment d'eau contenant des principes minéraux, du gaz carbonique, eau naturelle ou artificielle.

XVIII. — *Des écoles d'infirmiers dans les asiles d'aliénés;* par le Dr P. M. Wise (numéro de juillet). Les écoles d'infirmiers n'ont pas donné tout ce qu'on en attendait. Ceux qu'on y a formés ne restent pas longtemps au service des asiles. Les individus de quelque valeur qui y ont passé ne tardent pas à se trouver mal à l'aise dans le milieu hospitalier où les infirmiers ordinaires les traitent souvent sans considération. Pour les retenir, il importerait de leur donner une sorte de prééminence sur les infirmiers qui ne sont point passés par les écoles; il faudrait aussi développer parmi eux une sorte d'esprit de corps. Dans l'enseignement qu'on leur donne, on devrait aussi restreindre l'usage qu'on a fait des leçons théoriques et des notions de psychologie qui leurs sont inutiles. De bons manuels élémentaires, et l'enseignement pratique, vaudraient tout autant, étant donné surtout qu'on ne trouve pas toujours dans le corps médical des asiles des hommes ayant eu les aptitudes ou le temps de répartir comme il le faudrait l'enseignement professionnel. Il faudrait enfin que les diplômes ou certificats ne fussent donnés qu'à ceux qui les mériteraient réellement.

XIX. — *Notes sur quelques formes rares d'aura épileptique;* par le Dr H. Pierce Clark (numéro de juillet). — Ces formes rares sont les suivantes : Une phrase qui est prononcée avant chaque crise, et dont les mots ne sont aucunement en rapport avec les idées habituelles du malade; un besoin de pleurer qui survient environ une demi-heure avant la crise; une douleur dans l'hypocondre gauche; une sorte d'état de rêve et d'abattement qui n'existe qu'au moment des attaques; de la migraine limitée à la tempe; de la contracture des masseters; la perception olfactive d'une odeur de fumée de bois; de l'analgésie

©BIUM

de la langue pendant une dizaine de minutes; une douleur dans la cuisse droite; une sensation de froid dans la région lombaire; une crainte indéfinissable.

XX. — *Du travail industriel des aliénés au point de vue médical et matériel;* par le Dr G. Alder Blumer (numéro d'octobre). — Aux yeux de bien des gens, il n'y a de traitement d'une maladie que si on y fait emploi de médicaments. En ce qui concerne les aliénés, c'est là une erreur, et pour la plupart d'entre eux le travail est un traitement meilleur que n'importe quelle drogue, surtout le travail manuel. Il est bien connu que lorsque le corps est dans l'immobilité prolongée, le cerveau s'atrophie; par contre, il conserve des aptitudes quand le corps fonctionne.

A ce premier point de vue, le travail est donc très utile. Il l'est, en outre, au point de vue de l'amélioration de la situation des aliénés. Les profits qu'on peut leur faire obtenir de leur travail leur sont directement réversibles et leur servent largement. On en a fait une expérience décisive à l'asile d'Utica, où, sous l'habile direction du Dr Blumer, se sont établis successivement des ateliers de fabrication de brosses, de balais, de nattes, de bas à la machine, de peignes et de boutons, de chaussures, de meubles, voire même des ateliers d'imprimerie et de reliure des livres. Les avantages de toute sorte réalisés par ces ateliers ont été considérables. Dans d'autres asiles, des ateliers d'autre espèce ont été établis, et cela permet la constitution, entre les diverses maisons hospitalières de l'État de New-York, d'une sorte de société coopérative, qui sera profitable à tous et à leurs pensionnaires, en supprimant certains intermédiaires dont ils recueilleront directement les profits.

XXI. — *Cas de démence progressive; examen histologique du cerveau;* par les Drs Charles K. Mills et Mary A Schively (numéro d'octobre). — Dans les dix dernières années de sa vie, la malade avait été sujette à des accès d'excitation; elle avait quelque tendance aux idées de persécution. Elle n'a jamais eu d'attaque de paralysie. Ses facultés mentales se sont progressivement obscurcies. Pendant huit mois avant sa mort, elle a gardé le lit.

Son cerveau, examiné méthodiquement, présenta, du côté des neurones, des déformations internes et externes; les dentrites étaient devenues moniliformes et manquaient en quelques points. Les vaisseaux de l'écorce et de la pie-mère étaient altérés, et sur quelques points il y avait des traces de ra-

©BIUM

mollissement, enfin il y avait dégénérescence de la myéline.

XXII. — *Sur l'examen bactériologique du liquide cérébro-spinal dans quarante-sept cas de folie;* par le Dr H.-A. Tomlinson (numéro d'octobre). — De cet examen il résulte que la présence de microorganismes dans le liquide cérébral et spinal, implique la même présence dans d'autres parties de l'organisme, et qu'il y a simple association, et nullement relation de cause à effet entre eux et la maladie mentale observée. Ces conclusions sont contraires à celles d'autres observateurs qui, entre autres choses, avaient prétendu que le délire aigu était d'origine bactériologique.

The Alienist and neurologist.

I. — *La folie héréditaire et les mariages consanguins;* par le Dr P. H. Stearns (numéro de janvier). — L'hérédité de la folie n'est pas douteuse; elle peut être le fait soit d'une transmission directe, soit de la transformation d'une autre maladie. Dans quelle mesure les mariages consanguins favorisent-ils l'éclosion de la folie? On en voit qui, à n'en pas douter, donnent d'heureux résultats. L'histoire est là, d'ailleurs, pour prouver que chez certains peuples, les mariages entre proches parents ont produit une race vigoureuse d'hommes sains et intelligents. Mais quand il y a des tares de famille, la consanguinité peut en faciliter la transmission à la descendance. Or, comme, dans les sociétés actuelles, les individus sont tous plus ou moins entachés de quelques maladies transmissibles, la prudence commande d'éviter le plus possible les mariages consanguins.

II. — *Les conceptions impératives;* par le Dr C.-H. Hughes (numéro de janvier). — Il y a encore bien des gens, peut-être même des aliénistes, qui mettent en doute que de pareilles conceptions puissent exister à l'état isolé, et indépendamment des idées délirantes. Le Dr Hughes estime, à bon droit, le contraire; il cite à ce sujet, mais brièvement, le cas d'une personne observée par lui, qui, après avoir été soignée pour un accès de mélancolie avec stupeur et tendances au suicide, avait guéri, et était rentrée dans la vie normale, bien consciente et maîtresse d'elle-même. C'était une personne très pieuse; elle était poussée impérativement à proférer des jurons grossiers. Malgré sa piété, malgré sa résistance morale, elle ne pouvait s'en empêcher, et elle en était très malheureuse.

©BIUM

L'auteur a observé les impulsions de ce genre chez les neurasthéniques, moins souvent toutefois que les phobies, et elles sont communes chez les aliénés raisonnants.

III. — *Les psychoses de la vieillesse;* par le Dr Harriet C.-B. Alexander (numéro d'avril). — Cet article est presque entièrement consacré à l'analyse de l'état mental de Lear, dans la tragédie de Shakespeare. L'auteur ne donne aucun fait de sa pratique personnelle ; il constate cependant que les psychoses simples ne sont pas toujours, chez le vieillard, facile à distinguer de celles qui résultent de l'atrophie ou du ramollissement cérébral.

IV. — *Le témoignage des aliénés;* par le Dr Jas. G. Kiernan (numéro d'octobre). — Il y a des aliénés qui s'accusent de crimes imaginaires. Il y en a d'autres qui se portent garants de soi-disant méfaits dont ils auraient été témoins, et leurs affirmations peuvent parfois avoir des conséquences graves. Le Dr Kiernan en cite un exemple intéressant.

Une instance de divorce était pendante depuis plusieurs années entre deux époux qui avaient des griefs réciproques. Un jour, on vit apparaître devant le tribunal un vénérable clergyman, dont l'âge commandait le respect, qui avait été l'ami des époux, et qui apportait contre la femme le témoignage d'une faute grave dont il aurait été témoin. Ses paroles avaient un accent de sincérité qui firent une grande impression, et si le jugement avait été rendu à ce moment, il eût été rendu contre la femme. Divers incidents le firent ajourner. Sur ces entrefaites, et quelques mois plus tard, le même clergyman vint s'accuser personnellement de délits qu'il aurait commis ; on s'occupa de son affaire, et l'on comprit qu'on avait affaire à un mélancolique auto-accusateur. Sa première accusation contre autrui fut vérifiée alors et l'on reconnut qu'elle n'avait pas plus de fondement que celles qu'il portait contre lui-même.

The Journal of nervous and mental disease

I. — *Paralysie générale chez deux sœurs, ayant commencé, chez l'une, à l'âge de dix ans, chez l'autre, à l'âge de quinze. Autopsie dans un des cas;* par le Dr August Hoch (numéro de février). — Est-ce bien réellement de paralysie générale qu'il s'agit dans ces deux cas ? Voici leurs traits essentiels :

Examen clinique ; première fillette : jusqu'à l'âge de six ans, saine et d'intelligence bien ouverte ; à ce moment, son intelligence s'est mise à baisser, en même temps que sa marche

©BIUM

devenait difficile; vers l'âge de quatorze ans, elle avait de la peine à allonger les jambes ; dans les deux dernières années de sa vie, elle dut s'aliter complètement. Depuis assez longtemps ses paroles étaient devenues indistinctes, en même temps que son intelligence tendait à une démence simple qui est devenue de plus en plus profonde. Elle n'eut jamais ni excitation ni idées délirantes. Elle mourut au milieu d'une série d'attaques convulsives.

Deuxième fillette : elle avait été saine jusque vers l'âge de quinze ans ; son intelligence était moyenne. A partir de ce moment, il y eut un affaiblissement progressif et rapide, jamais de délire ni d'excitation. La marche était devenue incertaine et la parole s'était un peu altérée. En dernier lieu, au moment où le Dr Hoch l'observait, elle avait l'intelligence très affaiblie, oubliait vite, était indifférente ; elle récitait assez bien des morceaux qu'elle avait appris autrefois, mais elle ne pouvait plus lire couramment. Sa démarche était chancelante. Sa parole était mal articulée. Elle avait du tremblement de la langue. Les pupilles ne réagissaient plus à la lumière et la droite était constamment plus large que la gauche.

La sensibilité tactile était conservée ; mais il y avait insensibilité à la douleur.

Cette malade ne présentait aucune marque de syphilis héréditaire. Elle était d'une famille de sept enfants qui n'en avaient présenté ni les uns ni les autres. La mère n'avait jamais eu de fausses couches. Le père avait un tremblement qui, depuis vingt ans, l'empêchait de travailler. Il était un peu affaibli d'intelligence et avait de l'artério-sclérose. Il niait toute syphilis ; cependant, il avait eu des manifestations de carie osseuse spontanée qui devaient inspirer des doutes à ce sujet.

Autopsie de la première malade : tête bien formée; crâne d'épaisseur normale. Dure-mère normale. Pie-mère opaque et blanchâtre, surtout au-dessus des sillons. Dans le récit du Dr Hoch, il n'est pas du tout question d'adhérences et on peut en inférer qu'il n'y en avait pas. La masse cérébrale est assez ferme. L'écorce paraît amincie. Beaucoup de liquide dans les ventricules.

Le défaut de constatation d'adhérences à la pie-mère permet de révoquer en doute la légitimité du diagnostic de paralysie générale.

II. — *Catatonie;* par le Dr Frederick Peterson (numéro de septembre). — L'auteur rapporte une observation de mélancolie

©BIUM

avec excitation intermittente, actes désordonnés, tendance au suicide, idées d'empoisonnement. A un certain moment, la malade fut considérablement déprimée et on dut la nourrir à la sonde. Elle guérit.

Rapprochant cette observation des descriptions qui ont été données de la catatonie, le Dr Peterson conclut que cet état ne peut pas être considéré comme une forme morbide spéciale et n'est qu'une variété de la mélancolie.

III. — *Migraine avec hallucination visuelle;* par le Dr John K. Mitchell (numéro d'octobre). — Curieuse observation d'un malade sujet à des attaques convulsives, chez qui chaque attaque était précédée d'une série de phénomènes remarquables, dont l'évolution se faisait dans un espace de temps assez considérable, jusqu'à vingt-quatre heures. L'accès commence par une violente céphalée, qui dure environ trois heures ; le malade voit clairement les objets qui l'environnent. A partir de ce moment, il aperçoit une sorte de petit nain, d'un pouce de haut, qui est à très lointaine distance. Ce nain s'approche lentement, lentement, grandit progressivement et finit par devenir un géant armé d'un bâton, qui se tient près du malade et lui assène sur la tête un violent coup. Alors, une douleur très vive est ressentie et presque aussitôt le malade, perdant connaissance, est pris d'une attaque convulsive.

Il est à noter que ces accidents ne surviennent que de mai à décembre, et jamais en hiver. L'examen du fond de l'œil ne fit découvrir rien d'anormal. Le Dr Mitchell voit dans ce fait une variété de migraine.

IV. — *Rapport du comité nommé par l'Association neurologique américaine pour examiner la question du patronage des aliénés guéris* (numéro de novembre). — Le comité était composé du Dr Henri R. Stedman, Chas. L. Dana, F. X. Dercum. Il avait envoyé un questionnaire à tous les aliénistes. De l'ensemble des réponses obtenues, il établit que :

1° Il importe d'établir ce patronage aussitôt que possible ; 2° avant de rendre à la liberté un aliéné guéri, on doit s'enquérir de la manière de vivre qu'il aura et de ses moyens d'existence; 3° l'assistance de l'Etat doit être réclamée partout; 4° les sociétés qui se constitueront devront être dues de préférence à l'initiative privée ; 5° on devra se modeler sur ce qui existe déjà à l'étranger, notamment en France, en Angleterre, en Suisse, en adaptant les institutions de ces pays aux coutumes américaines ; 6° le patronage devra s'exercer seulement pendant un

©BIUM

mois ou deux après que l'aliéné sera sorti de l'asile ; 7° les maisons de convalescence constituées par les Etats peuvent être certainement très utiles. Mais ce qu'il importe d'établir avant elles, ce sont des asiles de traitement pour la folie aiguë à ses premières périodes. La commission croit devoir insister tout particulièrement sur leur création.

VICTOR PARANT.

JOURNAUX ITALIENS

La scuola positiva nella giurisprudenza penale.

ANNÉE 1895.

Tendance au vol chez les aliénés ; par F. del Greco, médecin du manicome de Nocera (numéro de décembre). — L'auteur étudie au point de vue psychologique quatre cas de tendance au vol chez deux épileptiques et deux maniaques. Cette étude étant faite à l'asile, il n'y a pas lieu de se préoccuper des questions de milieu, et l'analyse des cas observés permet de dire : 1° que chez les malades, la maladie a agi en rendant plus actifs les modes d'extériorisation des tendances criminelles, puisque les troubles psychiques dont ils sont atteints ont pour caractère principal l'irritabilité des centres psycho-moteurs ; 2° que chez eux la maladie a paralysé les activités mentales plus complexes qui ont sur ces modes d'extériorisation un pouvoir inhibiteur (sens moral, raisons d'utilité personnelle, etc.) ; 3° que l'accès psychopathique et la tendance criminelle ont probablement un même point d'origine dans les conditions de tempérament (peut-être morbides au début même), caractérisées par la prédominance des phénomènes psycho-moteurs.

ANNÉE 1896.

I. — *Les évasions des aliénés criminels ;* par G. Antonini, médecin du manicome provincial de Bergame (numéro de mars). — Après quelques considérations sur l'utilité d'une nouvelle loi sur les aliénés en Italie, considérations qui, *mutatis mutandis*, seraient tout à fait d'actualité chez nous, l'auteur expose d'une façon très claire, très précise et très pratique ce qu'il faut

©BIUM

entendre par aliénés criminels. « Par aliénés criminels, dit-il, nous ne devons pas entendre, sous peine de tomber dans une systématisation dangereuse et dans une nouvelle scolastique, l'aliéné qui a commis un de ces actes qui, s'il était sain d'esprit, tomberaient sous le coup de la loi pénale, mais seulement cet aliéné qui porte en lui les caractères du criminel, celui chez lequel la folie a certainement contribué à mettre en relief, à objectiver la nature criminelle, et qui, indépendamment de la symptomatologie clinique, de la forme psychopathique qu'il présente, a les stigmates physiques et fonctionnels de la dégénérescence criminelle. » Et il explique sa pensée en rapportant l'histoire de dix malades dangereux qui se sont évadés de l'asile et dont les évasions ont été chaque fois marquées par de nouveaux méfaits. On ne pourrait éviter de pareils faits qu'en exerçant une surveillance pénible et en prenant des mesures de rigueur peu en accord avec la tendance moderne qui cherche, à juste titre, à mettre les aliénés ordinaires dans des conditions de milieu plus douces et à rapprocher l'asile des types hospitaliers. Il serait par conséquent désirable, pour ne sacrifier ni l'intérêt social, ni l'intérêt des autres aliénés, que les inculpés qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu pour cause d'aliénation et qui sont néanmoins reconnus dangereux, les criminels devenus aliénés et les aliénés dégénérés avec perversion du sens moral, fussent réunis dans des établissements spécialement construits pour eux et soumis à une séquestration plus étroite qu'il est presque impossible d'établir dans les asiles ordinaires sans nuire à ceux pour lesquels toute sévérité plus grande serait excessive et inutile et sans perdre de vue les sentiments directeurs de tout traitement et de toute garde des vrais malades, la pitié et l'affection, qui sont une des plus belles conquêtes de la psychiatrie moderne.

II. — *La psychiatrie en justice militaire ;* par E. Burgalassi, avocat fiscal militaire (numéro de juin). — Le professeur Morselli s'était plaint avec assez d'amertume, il y a quelques années, du rôle ingrat que jouaient les médecins aliénistes quand ils avaient à faire une expertise devant les tribunaux militaires. L'auteur peut citer au moins un cas où ces critiques ne pourraient s'appliquer et où un rapport de Tamburini fut accueilli favorablement par le tribunal militaire de Bologne.

Il s'agissait d'un officier accusé de prévarications et de faux. Cet homme qui avait toujours fait correctement son service avait, en dehors de ses fonctions, une vie privée déplorable. Il

©BIUM

était débauché et alcoolique, et cela, dès l'extrême jeunesse. Sous l'influence de ses passions, il en vint à commettre les faux incriminés, déserta, fut arrêté et passa en jugement. Le tribunal posa à Tamburini la question suivante : La puissance mentale de l'inculpé était-elle normale au moment de l'infraction, ou y avait-il des circonstances qui pouvaient diminuer en lui la conscience et la liberté des actes? Le rapport de Tamburini mit en évidence l'influence de la débauche précoce et de l'alcoolisme, conclut à la diminution de la force morale de l'inculpé sous cette influence et conclut que les crimes avaient été commis dans ces circonstances d'infériorité. Le tribunal adopta les conclusions de l'expert et appliqua l'article 57 du Code pénal militaire, qui établit une diminution très marquée dans la qualité et la quantité de la peine, toutes les fois que l'accusé a été poussé à agir par une force supérieure qui, sans enlever à l'acte son caractère de crime, a toutefois diminué, chez le sujet actif de l'infraction, la conscience de ses actes.

Année 1897.

I. — *Simulation de délit par auto-suggestion;* par S. Lollini, avocat à Modène (numéro de février). — Un individu, s'étant enivré, fut dépouillé de son chapeau par de mauvais plaisants qui le lui rendirent néanmoins et le ramenèrent ensuite chez lui. Sous l'influence de l'ivresse, se rappelant vaguement qu'on lui avait pris quelque chose, il crut qu'on lui avait dérobé une somme de 0 fr. 80 et alla porter plainte à la police. Le lendemain, bien que dégrisé, il maintint ses dires et sa plainte. Une enquête démontra la fausseté du fait et l'individu fut poursuivi pour fausse plainte et pour avoir prétendu avoir été victime d'un vol. L'avocat plaida l'auto-suggestion produite sur un cerveau d'alcoolisé et persistant à l'état de veille. La Cour ayant admis l'excuse, l'inculpé fut renvoyé absous.

II. — *Le tempérament chez les paranoïques homicides.* Communication au IX^e^ congrès de la Société phréniatrique de Florence, octobre 1896, par Fr. del Greco, médecin du manicome de Nocera (numéros de mars et d'avril). — Ce travail est la suite d'une étude de l'auteur sur le même sujet et porte sur neuf observations nouvelles.

Tous les malades de cette catégorie présentent un fond commun de tempérament qui serait, d'après Lombroso, le tempérament épileptoïde, et en général ils ont le caractère sournois

©BIUM

et colérique, aiment à se venger; sont orgueilleux, impulsifs et peu affectifs. Entre leur délire et les actes criminels qu'ils accomplissent il y a quelquefois un lien de dépendance étroite ; ce fait s'observe lorsqu'un mouvement passionnel intense, peur, épouvante, jalousie en particulier, a été le mobile du crime. Le tempérament homicide est la résultante de deux caractères : d'une part, les altérations sensitivo-sensorielles, d'autre part, l'impulsivité. On retrouve chez tous les sujets la tendance à la colère, à la vengeance, condition émotive commune à tous les hommes, résidu transmis héréditairement, vieux souvenir atavique sans lequel nul ne se sentirait poussé à tuer. Mais chez ces malades, sous l'influence des désordres psychiques, cette tendance est développée et renforcée.

III. — *L'alcoolisme* (Résumé d'une leçon de sociologie criminelle à l'Université nouvelle de Bruxelles) ; par Enrico Ferri (numéro de décembre). — L'alcoolisme, l'abandon de l'enfance et le vagabondage viennent en première ligne parmi les grandes sources sociales de la criminalité. C'est par leur élimination ou leur atténuation qu'on peut espérer de diminuer cette criminalité. L'alcoolisme a toujours existé sous différentes formes ; mais c'est au XIX^e^ siècle qu'il est devenu un fléau si général et si terrible. Cela suffit pour démontrer qu'il n'est pas, tant s'en faut, l'effet de la libre volonté des individus, mais qu'il est le contre-coup et le produit de notre civilisation. L'industrialisme est la grande cause de l'alcoolisme, puisque, d'une part, il force les travailleurs à un labeur épuisant qui les pousse à rechercher l'énergie transitoire et illusoire de l'alcool et que, d'autre part, il produit de l'alcool à un bon marché, par des moyens et avec des qualités vénéneuses inconnus aux siècles passés.

L'alcoolisme, comme tout phénomène de pathologie individuelle et sociale, a des facteurs anthropologiques, telluriques et sociaux. Le facteur physiologique, c'est le besoin d'excitation naturel à l'homme, besoin qui s'exaspère et devient chronique lorsqu'y poussent la fatigue et l'épuisement organique produits par le travail. Le facteur tellurique réside dans le climat : le froid, augmentant la consommation organique excite à la boisson. Le facteur social se résume, d'une part, pour les classes pauvres, dans les mots de misère et de fatigue, et, pour les classes aisées, dans ceux d'oisiveté et de lutte fiévreuse pour l'argent.

On a préconisé contre ce fléau épidémique bien des remèdes.

©BIUM

Ils peuvent se grouper sous cinq chefs : 1° *Remèdes répressifs* : ce sont les plus communs, les plus faciles, mais aussi les moins utiles et les plus stupides. Les juges eux-mêmes se lassent de condamner, « car ils voient bien que c'est bête de frapper les effets, lorsqu'on n'élimine pas les causes ». 2° *Remèdes fiscaux* : sous le drapeau de la philanthropie et de l'hygiène sociale, les ministres des finances de tous les pays se sont empressés de mettre ou d'augmenter les impôts sur les boissons alcooliques. L'effet principal de ces impôts est d'empirer la qualité des boissons alcooliques. Le monopole de l'alcool n'est pas un vrai remède. En Suisse, la consommation est invariable depuis l'établissement du monopole et va de 6,2 en 1888, à 6,3 en 1894. 3° *Remèdes de police*, à peu près impuissants : la limitation du nombre des débits l'est également. En Hollande, il y a un débit par 192 habitants et en Belgique, un débit par 35 habitants, et cependant, malgré cette différence énorme, la consommation moyenne est à peu près égale (9 litres par an d'alcool) dans chacun des deux pays. 4° *Remèdes psychologiques* : ce sont encore les moins inutiles, puisqu'ils tendent à suggestionner, par la propagande, l'abstention absolue ou relative des boissons alcooliques. Mais ils représentent une dépense énorme et admirable d'énergie et d'efforts pour des effets restreints et cette contre-suggestion est bien impuissante à lutter contre la suggestion terrible et réelle des conditions sociales qui poussent à l'alcoolisme. 5° Enfin *remèdes médicaux* : ce sont les asiles pour alcoolisés : leur efficacité est restreinte, ils coûtent cher et ne peuvent s'appliquer qu'à quelques centaines d'individus pour une épidémie qui en prend des millions.

Il n'y a qu'un seul remède à l'alcoolisme, c'est le *remède social*, c'est-à-dire l'amélioration de la vie populaire (diminution des heures de travail, salaires plus élevés, vie de famille rendue plus attrayante, amusements hygiéniques, théâtres, etc., substitués aux cabarets, etc.). C'est, pense l'auteur, avec cette amélioration sociale qu'on verra disparaître ou tout au moins diminuer l'alcoolisme, comme on a vu disparaître l'ivrognerie, qui était si générale au moyen âge dans les classes aisées, avec le grand changement qui s'est produit dans leurs conditions sociales.

IV. — *Un cas type d'imbécillité morale, de criminalité congénitale et d'épilepsie* ; par le professeur V. Codeluppi, directeur du manicome judiciaire de l'Ambrogiana (numéro de

©BIUM

décembre). — Le sujet de cette observation est un individu né en 1836, avec des antécédents héréditaires chargés (folie et criminalité des ascendants), qui, dès l'enfance, a donné des preuves de lascivité et de cruauté. Masturbateur à 6 ans, il se livrait aux excès vénériens avec les femmes et les hommes dès l'âge de treize ans. A seize ans, il frappait un de ses camarades d'un coup de couteau, était condamné à 5 ans de prison, s'engageait, à l'expiration de sa peine, dans un régiment de chasseurs, et menait au service une vie orageuse entrecoupée d'actes de bravoure et d'insubordination. Dès cette période, il présentait des crises de férocité dont il perdait ensuite le souvenir (équivalents épileptiques). Plus tard, il entrait dans la bande commandée par le célèbre brigand Crocco Donatello, dont il devenait le lieutenant, grâce à un acte de vengeance féroce (il avait arraché le cœur à un de ses ennemis). Condamné à mort, quand la bande fut capturée, sa peine fut commuée en 9 années de fers. A l'expiration de cette peine, il forma à son tour une bande connue sous le nom de la *squadra coperta*. Cette bande fut battue, décimée, et son chef vint se constituer prisonnier. Il fut condamné à 20 ans de réclusion. En prison, il assassina un camarade dans une « partie d'honneur camorriste » et pour cet acte il fut enfin envoyé à l'asile criminel.

Agé de cinquante-neuf ans à son entrée, il présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence. Il est habituellement souriant et onctueux et a l'aspect « d'un bon diable », incapable de faire du mal à personne. Il a une dévotion particulière pour la Vierge du Carmel, qui l'a, pense-t-il, particulièrement protégé dans ses rencontres avec les carabiniers. Enfin il est poète à ses heures. Mais qu'une seule parole sonne mal à son oreille et l'agneau se change en tigre, son œil brille, sa face rougit et il survient un accès de fureur extrême. C'est un individu dangereux, qui, remis en liberté, retournerait immédiatement à sa vie passée ou commettrait de nouveaux crimes.

TH. TATY.

Il Manicomio moderno.

ANNÉE 1897.

I. — *Le thymus dans le traitement du goitre exophtalmique et du goitre commun;* par le Dr R. Galdi (n° 1). — Depuis 1895, Owen, Mikulicz, Ventra, Maude, Todd, W. Williams, Reinbach, Sacchi, Gaibissi, Nammach, Blondel, Cadéac, Gui-

©BIUM

nard, etc., ont publié des observations relatant les succès plus ou moins favorables de leurs tentatives dans la thérapeutique du goitre par le thymus; ces résultats n'étant pas suffisamment concluants, l'auteur a institué de nouvelles expériences et rapporte six cas traités par lui au moyen des « tablettes de thymus » (deux à quatre par jour, en dissolution aqueuse) de la maison B., W. et C^ie^. Ses conclusions, tirées tant de ses propres essais que des travaux antérieurs, sont les suivantes : jusqu'à présent, le thymus, administré, frais ou en tablettes, a donné des résultats assez satisfaisants dans le goitre exophtalmique (diminution de l'exorbitisme et des phénomènes nerveux, amélioration de l'état général); il n'en est pas tout à fait de même pour le goitre commun, le nombre des insuccès balançant celui des améliorations; celles-ci furent d'autant plus complètes que l'âge de la tumeur, aussi bien que celui du sujet, se trouvaient moins avancés. A doses élevées, même administrées durant une longue période, le thymus ne provoque pas les phénomènes d'intoxication imputables à la thyroïdine. Les fonctions du thymus ne sont pas encore bien définies; on sait pourtant qu'il a une influence certaine sur la nutrition générale, qu'il favorise. On ignore si son action est antagoniste ou compensatrice de celle de la glande thyroïde ou encore s'il ne jouerait pas un rôle de suppléance vis-à-vis de la glande pituitaire. Devant toutes ces inconnues, il convient, avant de se prononcer, d'attendre des faits nouveaux, aussi nombreux que sévèrement observés.

II. — *Contribution à la physiologie pathologique des lobes frontaux;* par le D^r^ A. Cristiani (n° 1). — Cet article a pour base l'observation ci-après résumée. A... B..., maçon, âgé de vingt-quatre ans, récemment marié, indemne de tout passé familial ou personnel, reçoit, le 17 juillet 1896, une poutre sur la tête; une arête de cet ais le frappe avec une telle force à la région fronto-pariétale gauche que, d'un même coup, se produit en ce point l'avulsion de la substance osseuse, des méninges et de la substance grise sous-jacente (pied des 1^re^ et 2^e^ frontales). La plaie mesure 8 centimètres de long sur 3 de large. Consécutivement au choc, étourdissement passager, après lequel le malade revient à lui et paraît pleinement *compos mentis ;* aucun trouble psychique, moteur ou sensoriel. On le transporte à l'hôpital, distant de 500 mètres, à peine; une heure ne s'était pas écoulée depuis l'accident. Là, dès l'entrée, il éprouve une crise d'épilepsie psychique; il est persuadé que toutes les personnes

©BIUM

réunies autour de lui s'entendent pour le martyriser, pour le mettre à mort; d'où un état anxieux, atteignant bientôt jusqu'à l'excitation avec paroxysmes de fureur et actes de violence aveugle aussi bien contre les choses que contre les personnes. Dans les instants de calme, pas d'hallucination ni d'illusion d'aucune espèce : tout se borne à des erreurs de jugement. C'est ainsi que, malgré l'affirmation du médecin, de ses parents et de ses amis, A... B... ne peut concevoir la gravité de son cas et demande simplement qu'on le laisse sortir de l'hôpital après avoir mis un emplâtre sur la blessure. Ajoutons que le malade se montre, aussi, émotif et sujet à des frayeurs irraisonnées, tantôt redoutant de se trouver seul, alors qu'on avait dû l'isoler, tantôt jugeant dangereuse pour lui la présence de ses camarades, quand on l'eut placé dans la salle commune. A noter de plus du retard dans la perception, de l'affaiblissement de la mémoire et une torpeur relative; la conscience persiste cependant pleine et entière.

Cette phase dure trois mois environ, laps après lequel la réintégration mentale se produit dans l'ordre inverse de la dissolution : B... sort progressivement de son apathie et reprend un peu de ressort psychique; chaque jour améliore la situation, et la mémoire, à son tour, redevient en même temps plus ferme et plus fidèle; l'intelligence s'avive, l'idéation s'amplifie, le jugement acquiert une justesse, une rectitude nouvelles amenant la connaissance exacte de l'état actuel. La guérison complète ne tarde pas à s'ensuivre, les plaies cérébrale et osseuse s'étant cicatrisées entre temps. Pour l'auteur, la restauration mentale du sujet tiendrait à la suractivité fonctionnelle du lobe frontal droit qui, à l'égard de son symétrique du côté gauche irrémédiablement détruit, aurait assumé le rôle de suppléant occasionnel et définitif.

III. — *Contribution à l'étude de la sensibilité hygrique;* par le Dr R. Fronda (n° 1). — Observation d'une femme de quarante ans, affectée de paralysie générale, et comptant, dans ses antécédents personnels, la syphilis, en même temps que des excès alcooliques et vénériens. Au nombre des hallucinations ou illusions ressenties par elle figurent, en première ligne, des troubles de la sensibilité, étendus à toute la surface du corps, qui transforment, pour la malade, en une perception de mouillure, de bain froid localisé, le simple contact d'un objet quelconque. Une rémission presque complète s'étant produite, ce phénomène, bien que très accentué durant toute la phase aiguë

©BIUM

de la maladie, disparut sans laisser la moindre trace, même dans le souvenir de la femme C..., souvenir pourtant redevenu fidèle sur d'autres points.

IV. — *L'écorce cérébrale chez un criminel paranoïque;* note histologique par le Dr G. Angiolella (n° 1). — Au milieu des nombreux travaux suscités par les recherches anthropo-criminalistes, il en est encore peu qui aient trait aux modifications histologiques du cerveau ; tout au plus si l'on pourrait, dans cet ordre d'idées, évoquer les noms d'Arnold et Connel, de Golgi, de Villigk, de Roncoroni. Une occasion s'étant offerte à l'auteur d'étudier à loisir un encéphale de délinquant, il l'a saisie et a publié le résultat de ses investigations, que l'on peut ainsi résumer :

L... (Joseph), né à Mola en 1825, est âgé de soixante-cinq ans, lors de son entrée à l'asile en 1890 ; condamné en 1864 à vingt-cinq ans de réclusion, sa peine s'aggrava de quelques mois de cellule, pour fautes diverses au cours de son emprisonnement. Elargi en 1889, il se plaint sans cesse des incitations au meurtre, à l'incendie, au vol dont l'obsèdent encore ses anciens codétenus ; sous l'influence de ces hallucinations, il se montre bruyant, désordonné, en même temps que grossier envers les autorités et les gendarmes « qui ne le défendent pas contre ses persécuteurs ». La situation ne s'est en rien modifiée à l'asile, où le malade reste, comme par le passé, dolent, inquiet, injurieux et d'un caractère éminemment irascible, s'excitant à la moindre contrariété jusqu'à la fureur, ressassant à plaisir les torts qu'a pu lui causer son entourage et, notamment, un certain D..., gardien-chef du bagne d'Elbe. En janvier 1894, il commence à souffrir d'une cardiopathie qui, s'accentuant peu à peu, le confine d'abord au lit, puis l'emporte, en février 1895.

Autopsie. — Anémie du diploé de la calotte cranienne. Opacité de la pie-mère en quelques points de sa région centrale. Brièveté et atrophie des lobes antérieurs ; zones pariéto-sphénoïdales développées ; le lobe occipital gauche découvre largement le cervelet sous-jacent ; le sillon cruciforme est accentué.

L'examen des autres organes révèle surtout une hypertrophie considérable du cœur avec dilatation aortique et mitrale ; en outre, de la pleurésie double avec atélectasie spécifique du poumon droit, de l'athérome aortique, de la congestion du foie et des reins, etc.

Histologie de l'écorce cérébrale. — Les irrégularités morphologiques peuvent former deux catégories :

©BIUM

A. Modifications secondaires. 1° Altérations inflammatoires : prolifération du tissu conjonctif (particulièrement autour des vaisseaux), dilatation des espaces lymphatiques périvasculaires, congestion capillaire (notable surtout vers la troisième frontale droite). 2° Altérations dégénératives : dégénérescence pigmentaire et vacuolaire des cellules nerveuses (troisième frontale gauche, circonvolutions pariétales), atrophie variqueuse et nodulaire des fibres (troisième frontale droite, circonvolutions temporales). Toutes ces lésions procèdent, à coup sûr, de l'état démentiel du sujet (sénilité, phrénopathie).

B. Anomalies natives. Elles sont les mêmes que dans l'observation de Roncoroni : absence totale ou atrophie de la couche granuleuse profonde (régions frontale et temporale), — prédominance des grandes pyramidales dans toute l'écorce (plutôt lobes frontal et temporal, pariétale ascendante) ; — çà et là, dans la substance blanche, proportion des cellules nerveuses supérieure au chiffre habituel (circonvolutions temporales).

D'une façon générale, ces anomalies sont surtout marquées dans les lobes antérieurs, diminuent d'importance dans les zones moyennes et n'existent que pour mémoire dans les territoires postérieurs du cerveau ; localisation bien en rapport (et, à ce titre, dignes d'attention) avec les troubles psychiques (aire frontale) et auditifs (aire pariétale) ressentis par le sujet.

Comme Roncoroni, l'auteur ne voit dans une semblable modification structurale qu'un stigmate de dégénérescence d'ordre héréditaire, sans spécialité propre, et qui n'aurait, par suite, d'autre valeur isolée que celle de tout autre stigmate régressif ; son importance est néanmoins d'autant plus grande qu'il affecte l'organe essentiel de la vie psychique. Il peut se rencontrer aussi bien chez le criminel que chez un épileptique, par exemple, ou un paranoïque ; et, à ce propos, le Dr Angiolella se croit en mesure d'affirmer, après Del Greco, « qu'un délire paranoïque ne saurait par lui-même être cause de délit, s'il ne rencontre dans la constitution physique et mentale du sujet un terrain favorablement prédisposé... » En d'autres termes, paranoïa et crime ne s'unissent jamais accidentellement, n'influent pas l'un sur l'autre, en manière de cause à effet ; ce sont, au contraire, deux entités respectives, procédant d'un fonds dégénératif commun, et pouvant, tout au plus, jouer réciproquement le rôle d'agent accidentel d'évolution : ainsi, une conception délirante persécutionnelle, née chez un délinquant, peut servir de prétexte et d'explication à un méfait qu'il

©BIUM

eût aussi bien accompli et différemment expliqué, en l'absence de ce délire; d'autre part, la vie pénitentiaire peut faire mûrir une psychose en germe chez tel malfaiteur, originellement prédisposé de par sa structure cérébrale.

V. — *Paralysie périodique du trochléaire avec céphalée et nausée.* Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie récurrente, par le Dr A. de Luzenberger (n° 2). — Antoine M..., âgé de vingt-neuf ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, souffre depuis sa douzième année des malaises suivants, qui se produisirent après une marche de plusieurs heures, tête nue, au grand soleil : Céphalée profonde, gravative, limitée au côté droit, avec inappétence et nausée, sans régurgitation d'aucune espèce, sentiment de mal-être, diplopie des objets placés au-dessous et à gauche du malade et assez accentuée pour gêner celui-ci dans sa marche (sensation visuelle de dénivellement). Ces troubles ne sont pas permanents, mais se manifestent sous forme d'accès, d'abord hebdomadaires, puis, de plus en plus rares, et ne durant, en général, qu'un seul jour, au début; au fur et à mesure qu'ils s'espacent, ils persistent aussi plus longtemps, de sorte que le présent accès remonte à vingt jours déjà, au moment où se publie cette observation ; le précédent avait occupé seulement deux septénaires, et deux années les avaient séparés. Après examen minutieux du malade et discussion serrée des phénomènes en cause, l'observateur aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'ophtalmoplégie périodique dépend de troubles circulatoires dans le système veineux;

2° La réplétion du sinus caverneux comprime les nerfs qui pénètrent dans l'orbite, produisant ainsi des paralysies oculaires, d'une part (IIIe, IVe et VIe paires); de l'autre, de la céphalée diversement localisée, selon que se trouve comprimé l'un ou l'autre rameau de la première branche du trifacial;

3° Par ce dernier motif, la sensibilité de l'œil peut être ou n'être pas altérée.

VI. — *La Pudeur;* étude physio-pathologique et sociale (fragment); par le Dr A. Grimaldi (n° 2). — Qu'est-ce que la pudeur? Son origine? Sa fin? La pudeur est un produit complexe de la vie sociale, totalement inconnu à l'animal, aussi bien qu'à l'homme primitif; elle a suivi dans son développement les progrès de la civilisation. Rudimentaire au début, elle s'est graduellement affinée, jusqu'à son épanouissement actuel. Sergi, Spencer, Krafft-Ebing la considèrent comme un corollaire du

©BIUM

besoin de se vêtir. Venturi l'estime, au contraire, antérieure à ce besoin : pour lui, le port d'un voile imposé par les convenances a précédé le costume proprement dit. Selon Letourneau, la pudeur procède à la fois du choix et de la vie en commun : la femme distinguée par un homme, défendue contre tous, mais, aussi, dominée par lui seul, puisa dans sa nouvelle condition une notion embryonnaire du devoir conjugal et de la réserve sexuelle; l'habitude et l'hérédité firent le reste. Comme aussi, peut-être, dit l'auteur, du jour où un homme s'est attribué jalousement la jouissance exclusive d'une compagne date, chez lui, avec le sentiment de la propriété, le désir de celer à tous les yeux les régions essentielles, désirables, à son estime, du bien possédé : ce jour-là, il dut imposer à la femme de son choix, en même temps qu'un vêtement succinct, une retenue plus grande dans la satisfaction de ses instincts reproducteurs. Ainsi, la pudicité résulterait dans sa forme primitive de la lutte entre le besoin génésique, qui pousse la femme dans les bras du mâle, et la crainte de l'homme, en qui elle voit surtout un maître : résultante vague d'abord, mais qui s'organise lentement à travers les siècles et acquiert finalement une entité propre, celle que nous connaissons. De cette origine, de ce processus artificiel, vient peut-être, d'après certains (Sergi, Grimaldi), que la femme serait, au fond, moins pudibonde que l'homme : la prostitution le démontre assez. Lombroso et Marro font de la prostitution et de la criminalité deux termes équivalents ; quant à l'auteur, il voit entre la première et la folie morale des analogies profo ndes au nombre desquelles figure précisément l'absence de toute pudeur; il conclut de l'opinion précédente, ainsi que de ses remarques propres, que l'amour vénal rentre dans le cadre des affections dégénératives. La prostituée formant un type d'évolution régressive, il s'ensuit que, plus cette classe de femmes sera nombreuse dans la société, plus le niveau de celle-ci tendra moralement à s'abaisser : le crime, le vol, la folie, la diminution et l'illégitimité des naissances deviendront plus fréquents; n'est-ce pas dire que la pratique austère de la pudeur aurait un résultat tout contraire? Le gardien par excellence de la pudeur est le mariage; malheureusement les conditions vitales sont telles, aujourd'hui, pour la femme, que, si celle-ci n'est pas fortunée, deux voies seulement s'ouvrent devant elle : le déshonneur ou l'insexualité. Or, « celle qui, entre ces deux écueils permanents, arrive à sauvegarder sa pudeur est ou une niaise ou une sainte! »

©BIUM

VII. — *La valeur séméiologique des idées d'auto-accusation dans la démence paralytique et la paranoïa primitive;* par le Dr E. Rossi (n° 2). — La plupart des auteurs considèrent les idées d'auto-accusation comme appartenant en propre à la mélancolie délirante. La chose est loin d'être exacte et il est possible de retrouver ce syndrome dans d'autres affections mentales, notamment la périencéphalite et la paranoïa; à l'appui de cette opinion, son promoteur publie quatre cas de la première catégorie et deux de la seconde.

Selon le fonds pathologique sur lequel elles évoluent, les idées d'indignité affectent les caractères particuliers émanant de ce fonds lui-même. Chez le paralytique, elles témoignent de l'affaiblissement intellectuel du sujet par leur multiplicité, leur mobilité, leurs tendances contradictoires, dans un temps très bref; tantôt puissant seigneur et tantôt pauvre hère chargé d'ignominie, le malade sera tour à tour et presque à la fois, fastueux, criminel ou persécuté, sans que rien permette de saisir la moindre logique, la moindre coordination dans cette série d'avatars. « Le délire d'auto-accusation, mobile, diffus, incohérent, contradictoire, suffit parfois, en l'absence d'autres éléments morbides, à mettre sur la voie d'un diagnostic probable sinon absolu de démence paralytique, particulièrement dans la période initiale de cette affection, alors que font défaut les signes pathognomoniques. »

Dans la folie systématisée primitive, le délire d'auto-accusation conserve tous les caractères des vrais délires partiels; il est primitif par rapport à l'ensemble des désordres psychiques, semi-lucide ou tout à fait inconscient dans son évolution, et dominé par des sentiments d'orgueil; il reste égocentrique, tenace et coordonné, mais, aussi, exempt de résignation. Il peut exister seul, chez les paranoïques, et caractériser, pour toute la vie, leur personnalité psychique; dans d'autres cas, on le voit s'adjoindre au délire des persécutions, si ce n'est même l'engendrer : sa valeur diagnostique et pronostique doit donc être considérée comme relative.

VIII. — *Lésions de l'écorce cérébrale consécutives aux altérations expérimentales du sympathique cervical;* par le Dr U. Alessi (n° 2). — A. Le sympathique cervical étant mis à découvert, l'expérimentateur provoque une irritation localisée, au moyen de la teinture d'iode. Cinq à six jours après, l'examen de l'écorce cérébrale révèle une dilatation des espaces périvasculaires, parfois un épaississement de la tunique interne,

©BIUM

mais pas de prolifération nucléaire, ni d'infiltration leucocytique autour des vaisseaux. La réaction chromo-argentique met en évidence de nombreuses ectasies ou déchirures des prolongements protoplasmiques, dans la couche des grandes pyramidales; quelques rares exemple de cylindres axiles en chapelet. Lésions nucléaires nulles. — Rien de notable dans la pie-mère, ni dans les fibres nerveuses cérébrales.

B. Irritation du sympathique par la teinture d'iode et injection dans la veine auriculaire marginale d'une culture de *pyogenes aureus*. Sacrifice de l'animal après le même temps que ci-dessus: vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce dilatés, altérations profondes de la tunique interne, quelques thromboses; infiltration leucocytique péri-vasculaire. Les éléments nerveux sont anguleux, ratatinés, leurs prolongements protoplasmiques rompus à la base ou dans leur parcours, les cylindres d'axe tortueux, variqueux et souvent en chapelet.

Dans beaucoup de cellules, on constate une véritable nécrose avec délabrement de tout le corps cellulaire et de ses émissions. Autour et à l'intérieur de la masse nécrosée se montrent souvent des éléments ronds fortement colorés (leucocytose); ailleurs, on trouve le protoplasma divisé en grumeaux chromatiques plus ou moins volumineux, ou bien altéré dans son noyau, ou encore affecté d'un déplacement de celui-ci vers la périphérie.

Ces expériences démontrent que des lésions de l'écorce peuvent être consécutives non seulement à la section du sympathique cervical (Cristiani), mais aussi à l'irritation seule de cet organe. Ce n'est pas, ajoute l'auteur, qu'on doive rigoureusement en conclure à une localisation morbide primitive dans les ganglions cervicaux, chaque fois que se présente une altération corticale; mais on peut, à bon droit, retenir des constatations ci-dessus qu'une atteinte à ces ganglions place le cerveau dans un état de moindre résistance, probablement par le fait d'une intoxication d'ordre trophique. Le sang, en effet, à l'état normal, charrie des toxines qui, grâce à l'équilibre fonctionnel, s'éliminent régulièrement sans aucun dommage pour les organes. Qu'un trouble survienne dans la circulation et la scène change aussitôt; or, « l'action du sympathique cervical sur la nutrition du cerveau s'exerce à travers les parois vasculaires, comme le prouve la découverte d'Obersteiner, d'un réseau nerveux enserrant les petites artères de la pie-mère ».

IX. — *Sur les rapports de l'anthropologie criminelle avec la médecine légale et la psychiatrie;* par le professeur A. Zuccarelli

©BIUM

(Communication au IV^e^ Congrès d'Anthropologie criminelle, Genève) (n° 2). — L'anthropologie criminelle ne relève ni de la médecine légale ni de la psychiatrie; elle fournit à l'une et à l'autre de ces sciences, mais ne saurait être confondue avec elles. Elle a des points de contact avec différents procédés scientifiques, leur emprunte des méthodes et des données, en fournit à d'autres, à son tour; mais elle constitue et demeure une entité, possédant son fondement, son champ de recherches et son objectif propre. Se trouvant telle, telle aussi elle doit être enseignée, dans une chaire spéciale, bien à elle. Comme place, elle est intermédiaire à la Biologie et à la Sociologie, qu'elle réunit.

X. — *Altérations anatomiques de la moelle épinière dans la pellagre;* note préventive du D^r^ E. Rossi. — L'examen histologique a visé les portions cervicale, dorsale et lombaire; ses résultats généraux peuvent se résumer dans cette constatation, que la chromatolyse du citoplasme des cellules ganglionnaires affecte dans la pellagre des caractères très divers, depuis la raréfaction partielle, jusqu'à la dégénérescence diffuse et même la disparition complète de la chromatine; le noyau et les prolongements dendritiques participent aux mêmes variations.

XI. — *Psychiatrie judiciaire. — Expertise médico-légale dans un cas d'homicide;* rapport du D^r^ A. Cristiani (n° 2). — F... C..., trente-huit ans, graveur, célibataire, frappe à coups de stylet, le soir du 14 mai 1896, une femme restée obstinément insensible à ses recherches et à ses déclarations amoureuses. C'est un héréditaire qui, dans la ligne féminine, compte sa mère et son aïeule comme anormales: celle-ci, morte d'apoplexie, l'autre paranoïque. Dans la ligne paternelle, la grand' mère avait également succombé à un ictus cérébral; le grand-père, buveur invétéré, présentait des exacerbations délirantes à forme maniaque qui le rendaient dangereux même pour les membres de sa famille. A noter encore : deux oncles alcooliques, l'un et l'autre meurtriers; un frère vicieux, dépourvu de sens moral, ayant eu des démêlés avec la police. Divers autres collatéraux tuberculeux. Quant au sujet du rapport, c'est un arriéré, qui a, dans son enfance, éprouvé un traumatisme crânien avec phénomènes consécutifs de commotion cérébrale. A la suite de différentes maladies (typhus, rhumatisme, etc.), son caractère qui, d'ailleurs, avait toujours été sombre, mélancolique, sournois, parut empirer encore et devint à peu près intrai-

©BIUM

table. Au moment de l'expertise, F... C... est un faible, un instinctif de sens moral obtus, et de plus un buveur. Les conclusions le donnent comme affecté de phrénasthénie avec intoxication alcoolique, le déclarent irresponsable, mais, vu les dangers qu'il peut faire courir à la société, tendent à sa séquestration dans un asile d'aliénés criminels.

XII. — *Un cas de folie simulée;* expertise du professeur G. Ziino (n° 2). — Le carrier F..., ayant plusieurs fois demandé à la commune de S... le paiement de fournitures faites par lui pour l'entretien de certaines routes et n'ayant pu obtenir satisfaction, rencontra, quelque jour, le maire B..., dans un chemin détourné et le somma d'établir sur l'heure le mandat qu'il réclamait. B... s'y refusant encore, pour des motifs, d'ailleurs, valables, F..., dans un mouvement de colère, le frappa d'une faux dont il était porteur et lui fit à la face dorsale de la main droite une plaie pénétrante, dont la guérison exigea vingt-cinq jours de traitement. En prison, le prévenu simula la folie intermittente, se renfermant tantôt dans le mutisme absolu, tantôt se livrant à des actes de violence, à des vociférations, des chants, des cris, des mouvements subits et sans cause appréciable; tantôt, enfin, se montrant calme et parfaitement lucide. Après discussion des faits, l'expert conclut à la santé mentale, ce qui entraîna la condamnation.

XIII. — *Les diverses formes de la confusion mentale.* Etude clinico-psychologique par le Dr F. Del Greco (n° 3). — L'analyse complète de cet article sera donnée avec les comptes rendus de l'année 1898, où figure sa conclusion.

XIV. — *La forme clinique prédominante de la paralysie générale;* par le Dr G. Angiolella (n° 3). — Les recherches ont porté sur 84 paralytiques des deux sexes, originaires des provinces de Bari, Avellino, Campobasso, Cosenza, Foggia et Salerne, qui envoient seules, ou à peu près, leurs malades à l'asile de Nocera. Groupés selon la forme particulière de leur affection, ils ont donné lieu aux catégories suivantes : mégalomaniaques, 15; maniaques, 12; déprimés, 6; délirants atypiques avec ou sans agitation, 11; déments apathiques, 40. La démence absolue est donc le plus largement représenté des modes ci-dessus; sa proportion est de 47 p. 100; la même constatation avait été faite depuis 1891; et, d'année en année, les pourcentages successifs avaient oscillé entre 85 et 69. De ces 40 déments, c'est la province de Campobasso qui a fourni le plus grand nombre (8 sur 12 paralytiques); vient ensuite

©BIUM

celle de Cosenza (5 sur 8) ; or, ces deux districts sont ceux où l'agriculture est le plus en honneur ; ce qui semblerait indiquer que l'activité du délire est en rapport avec la mesure intellectuelle du sujet. Quant à l'étiologie, on ne saurait, dans l'espèce, invoquer plutôt la syphilis, quoi qu'en pense Kowalesky : 41 p. 100 de ces déments étaient syphilitiques ; mais, 45 p. 100 des autres paralytiques l'étaient aussi. Même réserve à l'égard de l'alcoolisme (ou plus exactement des abus de boisson, l'alcoolisme étant heureusement inconnu dans cette partie de l'Italie) ; cette cause se rencontre dans les 24 p. 100 des cas chez les déments, dans les 32 p. 100 chez les autres. Pour le reste des éléments étiologiques, il n'y a pas lieu de s'y arrêter, vu leur peu de concordance ; le surmenage seul pourrait, peut-être, mériter quelque attention. Il a semblé à l'auteur qu'au nombre des malades de la cinquième catégorie, figurent moins que dans les précédentes des individus héréditairement prédisposés ; de là, l'hypothèse par lui émise, que cette démence *immédiate* doit être en rapport avec une dégénérabilité supérieure des éléments nerveux, grâce à laquelle s'établit plus rapidement la déchéance intellectuelle et font défaut ces phénomènes d'irritation mentale que sont le délire et l'excitation maniaque. Cette rapidité dépend dans son allure de la plus ou moins grande résistance nerveuse des patients, et atteint son maximum quand la paralysie frappe des gens non dégénérés, non prédisposés à l'aliénation, mais simplement doués d'un système nerveux peu valide, aisément susceptible d'épuisement ; de là, leur extrême sensibilité au surmenage, résultat de l'intense travail nerveux qu'exige la vie moderne.

XV. — *Les méthodes de Flechsig et de Bechterew dans le traitement de l'épilepsie ;* recherches thérapeutiques du Dr E. Crisafulli (n° 3). — La méthode de Flechsig, dont nous avons eu l'occasion d'exposer les données ici même, en résumant la thèse de Conrad Bennecke (Iéna, 1894), consiste essentiellement dans l'administration successive de l'opium et d'un polybromure alcalin. Le premier est donné seul, d'abord, sous forme d'extrait et à doses journellement croissantes de 5 centigrammes à 1 gramme environ ; cette période terminée, s'ouvre celle de la bromuration (parfois le bromure de potassium est donné seul), qui débute et se continue par des prises quotidiennes de 7 et 8 grammes ; elles sont diminuées, après deux mois, jusqu'à 2 grammes et maintenues à ce chiffre durant un temps variable. Bechterew, lui, recommande la potion sui-

©BIUM

vante : eau, 1.000 grammes ; bromure de potassium, 50 grammes; teinture d'adonis vernalis, 12 grammes; codéine, 0 gr. 60; à prendre par cuillerées : quatre à six par jour. Ces deux médications ont trouvé de nombreux adeptes qui, malheureusement, diffèrent un peu, selon les succès par eux obtenus, dans leurs appréciations finales. L'auteur a donc, pour son compte, repris ces expériences et les a fait porter sur vingt-six malades, dont quatorze ont suivi le traitement de Bechterew et douze celui de Flechsig. Tous ces épileptiques avaient depuis longtemps des accès, tous avaient subi, sans résultat appréciable, la médication alcaline. L'épreuve a donné lieu aux conclusions ci-après : 1° il est utile d'essayer le traitement de Flechsig et celui de Bechterew, même dans les cas où le bromure seul s'est montré inefficace ; 2° le procédé de Flechsig est préférable à celui de Bechterew dans les cas où la maladie date de plusieurs années, ou bien est constituée par de violentes crises d'épilepsie jointes à de l'agitation continue, des désordres sensoriels, etc., alors que, liée ou non liée à une déchéance mentale profonde, elle a toujours été réfractaire à l'action des alcalins; 3° quelquefois seulement, les conditions psychiques des épileptiques s'améliorent sous l'influence des méthodes Flechsig ou Bechterew ; 4° ces méthodes parviennent, en général, à tempérer les phases d'excitation et, fréquemment, à diminuer le nombre des convulsions; 5° elles sont inaptes à combattre les vertiges et les absences 6° l'épileptique à tendances dépressives voit, par la cure de Flechsig, sa situation mentale s'améliorer et ses crises s'espacer.

XVI. — *Contribution clinique à l'étude des rapports entre la paranoïa aiguë et l'obsession;* par le Dr G. Tonoli (n° 3). — Auto-observation d'une paranoïque multi-héréditaire qui, ayant conduit une de ses jeunes sœurs chez un oculiste, se figura, depuis lors, que celui-ci voulait la séduire ; il lui apparaissait avec un visage tantôt blême, tantôt enflammé et lui adressait des propos à la fois laudatifs et railleurs. Ses amis en faisaient autant, bien qu'elle ne les vît pas. Comme il demeurait en face de chez elle, la malade ne pouvait vaquer à ses occupations domestiques sans avoir l'impression d'une surveillance continue exercée par le médecin sur ses moindres gestes ; le sachant oculiste, elle lui supposait des instruments capables de la découvrir en tout lieu, aussi, tenait-elle closes, le plus possible, les fenêtres de sa chambre. En voyage, le halètement de la machine lui paraissait être la respiration oppressée de

©BIUM

son persécuteur; des voix disaient qu'il était devenu fou et d'autres conseillaient à la malade de se prostituer pour assurer la guérison de ce malheureux. Un peu plus tard, partout où elle passait, partout où elle se trouvait, les gens paraissaient la fuir ou bien lui adressaient des propos légers ; c'étaient surtout des femmes qui tenaient ce langage de « cocottes » et qui la traitaient comme une des leurs. Le moment vint où ce fut sa famille elle-même qui voulut la prostituer, tandis que ces cocottes qui lui parlaient n'étaient autres que ses cousines.

D'autres hallucinations ou illusions s'ajoutèrent à celles de l'ouïe ; elle sentait partout une odeur d'opium, même dans son traversin; les visages de son oncle et de son cousin revêtaient à ses yeux une teinte cadavérique ; des étrangers étaient par elle transformés en fossoyeurs, etc. Elle refusait certains aliments (fromage, pain, fruits, vin), des voix lui déclarant que leur ingestion la ferait devenir trop sensuelle ; elle se croyait condamnée à mort, soit par le fusil, soit par le poison. A signaler encore, dans la sphère physique, quelques accidents nerveux tels que : un tic de la face de peu de durée, des sensations subjectives anormales, l'exagération des réflexes patellaire, palpébral et tympanique; dans la sphère morale : un affaiblissement marqué de la volonté, une tendance insurmontable à vilipender ceux qu'elle aimait le plus, à les injurier, les calomnier, les offenser de mille manières, une ferme croyance à sa propre culpabilité en des matières abominables et, sous l'impression du regret que lui causait une pareille conduite, un vif désir de la mort contre lequel purent seuls prévaloir d'énergiques moyens de contention.

La malade s'améliora sensiblement après un court séjour à l'asile et sut, même, dans une lettre à sa famille, analyser suffisamment son état pour permettre d'établir très en détail l'observation que nous venons de résumer. L'auteur a surtout vu son sujet au début de la phase d'obsession et pendant l'évolution de cette phase; d'après les anamnestiques, cependant, il ne saurait mettre en doute l'état paranoïque antérieur de la demoiselle X... ; aussi, conclut-il en ces termes :

« Le but de la présente note fut de mettre en lumière : 1° Le caractère dégénératif de l'affection prise dans son ensemble ;

2° L'existence d'une période de paranoïa aiguë, établie par des aliénistes différents ;

3° L'apparition consécutive d'une forme mentale correspon-

©BIUM

dant au cadre précis de l'obsession hallucinatoire avec son cortège de symptômes propres ;

4° L'analyse et la différence entre la paranoïa aiguë et l'obsession hallucinatoire ;

5° Le passage de la paranoïa aiguë à la guérison à travers la période obsessionnelle... »

Dr Nicoulau.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Les hallucinations volontaires (*l'état hallucinatoire*); par le Dr P. Dheur; suivi d'un chapitre sur les hallucinations, notes manuscrites et inédites du Dr J. Moreau (de Tours). 1 vol. in-8°, Paris. Société d'éditions scientifiques, 1899.

Dans ce remarquable travail, l'auteur entreprend de démontrer que l'hallucination et la représentation mentale sont des phénomènes de même nature, ne se distinguant l'un de l'autre que par des différences de degré.

Si, au lieu d'étudier ces deux phénomènes dans les cas extrêmes, c'est-à-dire d'une part la représentation mentale normale et d'autre part l'hallucination dans sa forme la plus parfaite, on les étudie dans les cas moyens, on voit que les limites qui séparent le phénomène pathologique du phénomène physiologique sont purement conventionnelles. Chez certains malades, la représentation mentale pathologiquement développée revêt tous les caractères de l'hallucination, et chez plusieurs, les deux se confondent.

Pour arriver à ces conclusions, il étudie d'abord le mode de formation des idées et il fait ressortir qu'elles puisent leur origine dans les sensations et se forment d'un complexus d'images auditives visuelles ou tactiles. Le langage sert à fixer l'idée; le mot devient l'auxiliaire, l'étiquette de l'idée. Enfin les diverses images qui composent l'idée, comme celles qui composent le mot, s'associent ensemble de la façon la plus intime.

Ainsi, quand nous nous livrons à la réflexion, les idées qui viennent assaillir notre esprit se présentent à nous sous deux formes: soit sous celle du mot entendu, lu ou prononcé, soit sous celle de l'image concrète de l'objet. Mais mots et idées ne sont qu'une réunion d'images; nous ne saurions donc penser autrement que par des images, nous souvenir d'autre chose que de la forme, du son des mots, des mouvements nécessaires pour les prononcer ou pour les écrire, enfin de l'image concrète que ces mots représentent.

Les images auditives verbales semblent surtout jouer chez

©BIUM

nous un rôle considérable, car c'est principalement avec le souvenir des mots entendus que nous pensons.

La représentation mentale ne saurait être dite volontaire au sens rigoureux du mot, la volonté n'ayant aucune influence immédiate sur la mémoire et sur l'imagination.

Non seulement nous sommes incapables par un simple effort de notre volonté d'évoquer des images; mais même, dans certaines circonstances, alors qu'elles se présentent à nous spontanément, nous sommes impuissants à les faire disparaître.

Quoi qu'il en soit, que l'image se soit produite spontanément ou non, dès qu'elle existe, fixe et nette, dans notre esprit, nous la voyons, nous la sentons, nous l'entendons mentalement.

Lorsque nous nous représentons un tableau, ce sont les signes, la couleur, l'image du tableau que nous voyons ; lorsque nous cherchons à nous souvenir d'un air, ce sont les sons, le timbre, la mélodie que nous entendons.

Certes, dans la représentation mentale normale, l'image est plus faible, plus fugace, ses contours sont moins arrêtés que ceux qui sont fournis par la perception d'un objet ; mais on ne saurait nier que nous avons affaire à de véritables actes de vision et d'audition. Qu'on ait la sensation du rouge, qu'on ait le souvenir du rouge, qu'on voie le rouge dans une hallucination, c'est toujours la même cellule qui vibre.

Les images fournies par la représentation mentale peuvent dans certains cas être beaucoup plus claires, beaucoup plus précises, beaucoup plus stables, beaucoup plus extérieures qu'on ne serait porté à le croire d'abord, et, sous l'influence d'un état pathologique, ces caractères peuvent encore s'exagérer au point que l'image égale en netteté les images fournies par l'hallucination vraie.

Passant en revue les principales hypothèses émises pour expliquer le mécanisme de l'hallucination, l'auteur se rallie à la théorie des centres corticaux, parce qu'elle répond mieux que les autres aux données de l'anatomie et de la pathologie cérébrales. Cette théorie nous permet, en effet, d'expliquer des phénomènes difficiles à interpréter avec les théories psychiques, sensorielles et psycho-sensorielles : les hallucinations motrices verbales et les hallucinations graphiques.

Il est malaisé de faire rentrer dans une classification méthodique toutes les hallucinations; il faudrait pour cela en admettre autant d'espèces qu'il y a de sortes de sensibilité, et le plus souvent, il serait impossible de les ranger d'une façon précise.

©BIUM

La cause première, la condition indispensable à la formation de l'hallucination est la modification pathologique des organes sensitifs internes ; mais, dans certains cas, les organes sensitifs externes semblent ne pas rester indifférents pendant la production du phénomène et peuvent même devenir la cause indirecte de sa production.

L'hallucination n'est pas toujours aussi claire, aussi parfaite, aussi précise qu'on a bien voulu le dire ; elle présente sous ce rapport une infinité de degrés. Elle n'entraîne pas toujours l'erreur, même lorsqu'elle apparaît dans le cours d'une maladie mentale. Tous ceux qui ont eu l'occasion de soigner des hallucinés instruits, pouvant rendre un compte fidèle de leur état, savent que ceux-ci peuvent très souvent n'être pas dupes de leurs hallucinations, et que de véritables aliénés délirant sur des réalités dépistent la fausseté de leurs visions, celles-ci ne cadrant pas avec leur délire.

Dans nombre de cas, l'élément intellectuel joue un rôle très important dans la production de l'hallucination. Il serait impossible d'expliquer sans cela les hallucinations suggérées et les hallucinations volontaires. L'intervention de cet élément intellectuel n'est pas en contradiction avec la théorie corticale. Voilà par exemple une série de centres visuels, auditifs, olfactifs, etc. ; qu'une cause pathologique vienne à agir sur l'un ou l'autre, elle fera jaillir une vision, une audition, une odeur, mais ces éléments seraient insuffisants pour que le malade puisse composer un discours, se représenter une scène suivie, lesquels forment un tout, ayant en un mot une suite, un commencement et une fin.

Il faut pour cela l'intervention du cerveau intellectuel.

On a presque toujours envisagé l'hallucination comme un symptôme ou comme une complication des maladies mentales.

L'auteur pense que cette manière de comprendre ce phénomène est défectueuse et que l'hallucination est le résultat d'un mécanisme normal, fonctionnant sous des conditions particulières qu'il appelle l'*état hallucinatoire*.

Si l'hallucination n'est pas toujours pour lui un symptôme de folie, elle n'en est pas moins toujours un symptôme d'un état pathologique.

Les diverses hallucinations ne sont alors que les modifications diverses de cet état hallucinatoire, qui, lui, est toujours identique à lui-même, ayant des causes définies, un mode de développement particulier, des caractères différents à ses diffé-

©BIUM

rents degrés de développement, une forme aiguë et une forme chronique.

Des causes multiples peuvent aider au développement de l'état hallucinatoire : 1° les *intoxications* ; 2° des *troubles pathologiques momentanés* : fièvres, infections, maladies graves, causes morales produisant un trouble des fonctions organiques; 3° des *états pathologiques durables :* névroses, aliénation mentale.

Le Dr Dheur étudie ensuite, et ce n'est pas là un des côtés les moins intéressants de son travail, les circonstances favorables à la production des hallucinations lorsque l'état hallucinatoire existe, les manifestations de l'état hallucinatoire dans ses divers degrés de développement, rêves pathologiques, hallucinations hypnagogiques, psychiques, illusions.

Chacun de ces phénomènes présente à son tour toute une série de modifications dans sa nature et dans ses formes, le faisant se rapprocher plus ou moins des phénomènes voisins et nous indiquant une diminution ou une aggravation de l'état hallucinatoire.

L'*état hallucinatoire* est donc un état pathologique capable de transformer les images faibles de la représentation mentale normale en images fortes, égales en tout point aux hallucinations. Si, pour la représentation mentale, nous utilisons nos différentes mémoires et pensons indifféremment avec des images visuelles, auditives et motrices, en réalité, nous avons tous une prédilection marquée pour telle ou telle sorte d'images.

Certains individus exagèrent à tel point cette prédilection qu'ils semblent faire un usage presque exclusif de l'une ou l'autre de ces images.

De plus, l'exercice quotidien d'une de nos mémoires la fait développer aux dépens des autres, ainsi que cela se passe chez les peintres et les musiciens. On peut devenir par l'exercice, auditif, visuel ou moteur et développer ainsi l'image intérieure. On cite des exemples de peintres qui ayant vu un modèle une fois, n'ont qu'à évoquer son image dans leur esprit pour l'apercevoir aussi distinctement que s'ils l'avaient devant eux en réalité.

N'est-ce pas là une exagération de la représentation mentale bien voisine de l'hallucination vraie?

Si l'on regarde l'hallucination comme résultant de l'action directe d'une cause pathologique sur l'un des centres de mémoire, on doit la considérer *a priori* comme involontaire. Cependant si la volonté n'a aucune action directe et immédiate

©BIUM

sur la formation des images, il n'en est pas moins vrai que nous avons le plus souvent le pouvoir de fixer les images ou même de les faire revivre en nous mettant pour cela dans une position favorable. C'est en ce sens-là que la représentation mentale a été dite volontaire, et c'est dans ce même sens que l'on peut appliquer ce mot aux hallucinations.

Il y a donc lieu de dénommer *hallucinations volontaires* celles par lesquelles un individu peut, après une délibération plus ou moins longue et une concentration de sa volonté, voir un objet ou entendre un son avec autant de facilité qu'un homme normal se représente mentalement ce son ou cet objet. Le Dr Dheur reproduit plusieurs observations desquelles il ressort d'une façon évidente que certains malades peuvent se procurer à volonté des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Donc, quoi qu'on pense du mécanisme physiologique de l'hallucination ou de celui de la représentation mentale, on est obligé d'admettre que, parfois, sous l'influence d'un simple effort cérébral, l'image subjective apparaît avec la même netteté, la même précision, la même extériorité que l'image objective. Il est aussi facile de constater que lorsque ces images acquièrent une telle perfection, elles ne le doivent qu'à un état pathologique particulier du sujet, l'*état hallucinatoire*.

Enfin, si, au lieu de s'adresser aux cas extrêmes, on interroge les cas moyens, on voit qu'il existe, au point de vue de la netteté, de la fixité, de l'extériorité de l'image tous les degrés; que dans la représentation mentale ces divers degrés s'exagèrent à mesure que nous avançons sur le terrain pathologique; que, dans l'hallucination, ces diverses qualités s'atténuent à mesure que l'état hallucinatoire est moins développé. Les frontières de l'une et de l'autre deviennent bientôt aussi difficiles à déterminer que celles qui séparent l'état de santé de l'état de maladie, ou la raison de la folie.

Dr Rayneau.

Degenerados criminosos. Estudo (Etude sur les dégénérés criminels); par Manoel Bernardo Calmon du Pin e Almeida, ex-interne de la clinique médicale de la Faculté de Bahia, 1 vol. in-8°, Bahia, 1898.

Ce travail est divisé en quatre chapitres, que nous allons successivement passer en revue.

©BIUM

Le chapitre premier est consacré à l'étude de la dégénérescence en général. Voici comment l'auteur résume les idées qui ont été émises sur la question.

La dégénérescence a été envisagée sous des points de vue divers ; sa connaissance a eu des vicissitudes nombreuses, depuis Morel jusqu'à Magnan, Krafft-Ebing et Schüle.

Morel considérait la dégénérescence comme une régression. Magnan et Legrain l'assimilent à un état pathologique. Les écoles allemandes et italiennes font rentrer dans la dégénérescence : l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, qui n'en seraient que des modalités.

La dégénérescence est un état psychopathique qui peut présenter tous les degrés. Entre l'idiot et le dégénéré supérieur, il y a place pour une grande variété de dégénérés.

Il y a des stigmates physiques et des stigmates psychiques de la dégénérescence.

Les stigmates physiques sont nombreux : microcéphalie, acrocéphalie, plagiocéphalie, scaphocéphalie, dolicocéphalie. Asymétrie faciale, incurvation du rachis. Pied-bot! (Déjerine). Anomalies de la voûte palatine, dont on a exagéré l'importance (Talbot). Implantation vicieuse des dents, micro et macrodontisme (Camuset, Hutchinson). Blépharite chronique, strabisme, daltonisme, altérations du fond de l'œil, pigmentation irrégulière de la choroïde, rétinite pigmentaire, déformation de la pupille, émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine (Déjerine). Dyscromatopsie, rétrécissement du champ visuel, amaurose, parésies oculaires (Sollier). Tumeur fibro-cartilagineuse de l'oreille (Féré). Absence de pavillon, adhérence du lobule, anomalies de l'hélix et de l'anthélix. Fistules congénitales de l'oreille (Paget). Surdi-mutité (Féré). Absence totale du nez ou seulement du septum (Blandin). Déviation de ce septum. Phimosis, hypospadias, division du vagin. Tels sont les stigmates physiques, dont la valeur est contestable d'ailleurs.

Au point de vue psychique, les deux grands symptômes de la dégénérescence sont : l'obsession et l'impulsion. L'obsession est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition brusque d'une idée ou d'un groupe d'idées qui s'imposent à la conscience lucide sous forme de paroxysmes, interrompant temporairement le jeu normal de l'association des idées, en dépit des efforts d'une volonté dont l'impuissance se traduit par une angoisse et une souffrance morale intenses.

©BIUM

Les obsessions comprennent le grand groupe des phobies, dont le cadre s'élargit démesurément. Nous n'en énumérerons pas toutes les variétés rappelées par l'auteur.

L'impulsion pathologique est un syndrome morbide caractérisé par un acte ou une série d'actes exécutés par un individu lucide et conscient, sans l'intervention de la volonté dont l'impuissance se traduit par une angoisse.

L'obsession et l'impulsion s'observent dans la dégénérescence à tous les degrés.

Les dégénérés supérieurs possèdent une intelligence développée; mais, entre elle et la volonté, l'harmonie est rompue. La déséquilibration mentale en résulte.

Au génie et à l'idiotie, cependant, l'auteur, avec Marandon de Montyel, refuse de reconnaître une origine commune.

Le chapitre suivant étudie les causes de dégénérescence à Bahia.

Ces causes se divisent en causes héréditaires et causes accidentelles. Tout dégénéré ne l'est pas héréditairement, comme le pense Soury. Il peut acquérir sa dégénérescence, qui peut résulter du climat, de la mauvaise alimentation, du milieu social, des secousses religieuses, politiques ou morales.

A Bahia, le jeu des loteries, les luttes politiques épuisent l'individu en mettant en œuvre des activités qui exigent, d'après Max Nordau, un effort du système nerveux et conséquemment une usure matérielle. L'augmentation progressive de la population, avec ses conséquences défavorables à l'hygiène; le luxe, le désir des richesses, l'alcoolisme surtout, le célibat, la syphilis sont, à Bahia, comme ailleurs du reste, des causes de dégénérescence.

Une cause, plus spéciale aux Brésiliens de Bahia, résulte du croisement de plusieurs races dont chacune est plus ou moins dégénérée. Le Brésilien, en effet, est, dit l'auteur, un produit hybride de l'union du blanc avec le nègre et l'Indien.

L'Indien est un sauvage absolument réfractaire à tout progrès, incapable même d'être un agriculteur.

Le nègre a dégénéré par le fait de l'esclavage, qui annihile la volonté. L'abolition de l'esclavage n'a pas enrayé la dégénérescence.

Le blanc a été soumis à l'influence dégénérative du climat. De plus, il faut considérer que les Portugais envoyèrent comme colons, au Brésil, des condamnés, des criminels homicides, des dégénérés criminels en partie.

©BIUM

Conclusion : les causes de dégénérescence sont multiples à Bahia. La principale réside dans les origines ethnologiques de la population.

Dans le chapitre III, se trouve traitée l'importante question des rapports de la dégénérescence et de la criminalité.

Pour Lombroso, un criminel est un atavique. Lacassagne déclare que la société a les criminels qu'elle mérite. Toutes les influences physico-sociales peuvent mettre l'individu sur le chemin du crime (Ferri). D'après Sergi, les criminels sont porteurs de tares, présentent des anomalies du crâne, du cerveau, de la face, etc. Entre ces signes et les stigmates de dégénérescence, on ne distingue pas très bien la ligne de séparation. Les criminels de Lombroso ne sont pas plus prédisposés au crime que les dégénérés de M. Magnan. De fait, les criminels sont souvent des dégénérés. Il n'en est pas de même des aliénés. Dans la folie, la criminalité est inversement proportionnelle à la dégénérescence, dit Marandon de Montyel.

Quoi qu'il en soit, les actes des dégénérés se reconnaissent à l'impulsion et à l'obsession qui les provoquent. Il est difficile, dit J. de Mattos, de faire considérer comme irresponsable, par un magistrat, tout individu qui ne présente pas des conceptions absurdes ou incohérentes, quelles que soient les tares psychiques dont il est porteur.

La criminalité chez les métis brésiliens, dit le professeur Nina Rodriguez, dépend de la dégénérescence et relève des conditions anthropologiques du mélange des races au Brésil. Le savant professeur distingue parmi les métis :

1° Les supérieurs. Ceux chez lesquels l'équilibre mental est parfait;

2° Ceux qui sont franchement dégénérés. Victimes de leur infériorité physique et mentale, ils sont tantôt partiellement responsables, tantôt irresponsables;

3° Les dégénérés vulgaires. Ceux qui ne peuvent réagir contre leurs tendances anti-sociales.

Le dernier chapitre contient une intéressante description des prisons à Bahia.

Ce que Emile Gautier appelle le *monde des prisons* est un milieu dégénératif par excellence. La prison n'est, en effet, ni un milieu hygiénique, ni un milieu moral. Elle favorise la propagation du vice, de la corruption. Un dégénéré et même un criminel d'occasion sortent de la prison plus dégradés qu'ils n'y sont entrés.

©BIUM

A Bahia, le manque de travail dans les prisons est une condition défavorable à la régénération des criminels. Un tiers de ceux-ci seulement travaille. Or, l'oisiveté, dit l'auteur, est la mère de tous les vices.

La vie en commun est une cause de contagion du crime. D'autre part, le régime cellulaire est préjudiciable à certains caractères. Les criminels réunis racontent leurs crimes, exaltent leur intelligence à les commettre, racontent l'impunité dont ils ont bénéficié. D'où contagion et imitation du crime. La pédérastie, les rapports contre nature résultent de la promiscuité et de la cohabitation de plusieurs condamnés dans la même chambre. Cette cohabitation se voit dans les prisons de Bahia, pour le plus grand préjudice de la moralité et de l'éducation des criminels. La lecture est utile. Son rôle moralisateur est néanmoins restreint.

En ce qui concerne les aliénés criminels, la question des asiles-prisons est des plus complexes.

Puisqu'une grande partie des criminels se recrute parmi des dégénérés, l'auteur proclame la nécessité de choisir, comme médecins des prisons, des aliénistes consommés. Ils auront souvent à chercher la part de l'aliénation mentale dans l'accomplissement d'un crime, et cette recherche s'entourera souvent de difficultés qu'un aliéniste expérimenté peut seul surmonter.

Telles sont les principales idées à retenir de cette publication posthume, qui est l'œuvre d'un criminaliste de talent, disparu avant l'âge. Il faut louer son œuvre et la pensée de ceux qui l'ont recueillie pour la livrer à la publicité.

ANGLADE.

Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1899.

I. — *De l'influence des intoxications intercurrentes sur l'apparition des crises douloureuses chez les tabétiques ;* par le Dr C. Cuzin.

Tous les auteurs avaient été frappés du polymorphisme des douleurs tabétiques et de leurs allures irrégulières ; mais personne n'avait encore expliqué ces singularités. M. Cuzin, faisant pour la physiologie pathologique de ces douleurs ce qu'un autre élève du professeur Pierret avait fait pour les attaques épilepti-

©BIUM

formes dans la paralysie générale (Guérin, *Thèse* de Lyon, 1895), a tenté de les expliquer par la théorie toxique ou tout au moins cherché à démontrer que les intoxications pouvaient exaspérer ou rappeler des douleurs préexistantes. La thèse s'appuie sur dix-huit observations, parmi lesquelles il faut signaler un cas de tabes avec douleurs fulgurantes rappelées par des accès d'impaludisme, un autre cas où le rappel est produit par des indigestions, plusieurs observations de douleurs intimement liées à l'état de constipation, et enfin un cas très net avec analyses d'urine dans lequel l'apparition des douleurs fulgurantes est toujours accompagnée d'une diminution dans l'élimination de l'urée. Aussi l'auteur est-il en droit de conclure que l'irrégularité typique des périodes douloureuses du tabes dépend de l'action intermittente d'intoxications diverses sur un système prédisposé. Les intoxications, les intoxinations, les auto-intoxications provoquent soit des névrites à forme sensitive, soit des névralgies toxémiques; ces mêmes intoxications retentissent sur le système sensitif des tabétiques, véritable point faible par hérédité ou prédisposition accidentelle, de deux façons : 1° en créant de nouvelles névrites ou en exaspérant des névrites préexistantes; 2° en ramenant, par le mécanisme du rappel, des douleurs anciennes. Il y a donc dans le tabes deux sortes de douleurs : les unes, primitives, dues à une toxine spécifique et justiciables surtout d'un traitement palliatif par les analgésiques; les autres, surajoutées, liées à une intoxication intercurrente et justiciables, dans une certaine mesure, d'un traitement fondé sur les considérations de prophylaxie et de pathogénie spéciales à chacune de ces intoxications.

II. — *Contribution à l'étude des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses;* par le Dr Henri Feuillade.

C'est aux plus intéressantes questions de thérapeutique et d'assistance de l'aliénation mentale qu'a touché l'auteur dans cette étude. Il arrive à tout moment à l'asile des sujets atteints de confusion mentale, de délire hallucinatoire, de manie à caractère plus ou moins aigu, voire même de délires qui paraissent systématisés; ces malades entrent avec de la fièvre, et si on prend avec suite leur température, on est frappé de l'aspect caractéristique du tracé qui, après avoir montré une période d'acmé plus ou moins longue, revêt le plus fréquemment le

©BIUM

type graduellement descendant des défervescences de fièvres typhoïdes. L'examen somatique complet et minutieux révèle l'existence d'une pneumonie, d'une grippe, d'une infection intestinale. Les soins appropriés amènent la convalescence et au bout de quelque temps les malades sortent guéris. M. Feuillade n'a donné que huit observations; il eût pu facilement en ajouter d'autres, mais c'eût été s'exposer à des redites inutiles, les cas dont il relate l'histoire et les courbes thermiques qui y sont jointes suffisant hautement à démontrer ce fait, qu'on interne très fréquemment, sous une étiquette empruntée à la classification des maladies mentales, des malades ordinaires délirants ou sub-délirants qui sortiront plus tard de l'asile avec une tare au moins gênante, quelque mesurés et prudents que soient les certificats de maintenue à l'asile. Si on rapproche de cette thèse celle du Dr Audemard sur les typhopsychoses, sur ces nombreux cas de fièvre typhoïde dont l'emploi du séro-diagnostic démontre la véritable nature pathologique et qui sont néanmoins internés dans les asiles sous la rubrique de stupeur, de confusion mentale hallucinatoire, de délire aigu et même de mélancolie, comme j'ai pu le démontrer et comme M. Audemard l'a montré encore dans une observation presque identique à la mienne, on ne peut pas ne pas se demander si l'assistance actuelle des aliénés est bien l'idéal. M. Feuillade n'hésite pas à conclure qu'il serait bon de créer un service spécial dans les hôpitaux pour tout ce groupe de malades, service qui serait confié à un aliéniste médecin. Si les adversaires des quartiers d'hospice peuvent opposer quelques arguments, au moins historiques, à cette conclusion, il y a peut-être un accommodement. L'auteur a eu l'amabilité de rappeler les communications de M. Marie (de Dun-sur-Auron) et la mienne au Congrès de Nancy sur l'hospitalisation des maladies mentales aiguës. L'expérience faite à l'étranger viendra, je l'espère, à l'appui de nos opinions, et j'ai été heureux de rencontrer l'indication des tendances modernes dans la rubrique de la section première du projet de loi de notre distingué confrère, M. le député Dubief, rubrique suggestive ainsi conçue : « Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés, etc. »

©BIUM

III. — *Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire* (*Les syphilopsychoses*); par le Dr G. Jacquin.

C'est encore dans le même ordre d'idées que rentre l'étude de M. Jacquin, qui s'occupe, lui, en particulier d'un autre groupe de malades, les syphilitiques à la période secondaire. Beaucoup de ces sujets arrivent, eux aussi, dans les asiles amenés du dehors ou des hôpitaux de vénériens, soit qu'on n'ait pas pu les soigner convenablement dans les familles ou à l'hôpital, à cause de leurs troubles cérébraux, soit qu'on ait méconnu l'origine spécifique de ces troubles. M. Jacquin a fait une revue complète de la question et a donné vingt-neuf observations, tant personnelles qu'empruntées aux auteurs, parmi les plus saillantes et les plus démonstratives, desquelles il résulte que les troubles mentaux liés à l'évolution de la syphilis secondaire revêtent de préférence les formes de mélancolie simple, de mélancolie anxieuse, de mélancolie avec stupeur, de confusion mentale hallucinatoire, de délire aigu fébrile. Ces troubles se terminent généralement, si le traitement est *intensif*, *précoce*, *prolongé*, par la guérison ou, dans des cas plus rares, par une démence qui apparaît de bonne heure, mais marche lentement. Ils se distinguent par l'absence de symptômes moteurs ou sensitifs, d'autres troubles mentaux accompagnés de symptômes de ce genre, qu'on observe de préférence à la période tertiaire de l'infection. Ces troubles sont d'origine toxi-infectieuse ; ils sont essentiellement justiciables du traitement spécifique, notamment du traitement mercuriel, et l'isolement n'intervient dans la guérison que comme un moyen adjuvant. Un des côtés originaux de la thèse, c'est que l'auteur a appliqué dans ses cas personnels le procédé des injections de calomel qui lui ont donné des résultats satisfaisants, avec toute la certitude scientifique possible, puisqu'il est sûr ainsi que ses malades ont bien absorbé du mercure.

Les thèses de MM. Audemard, Feuillade et Jacquin, toutes trois écrites sous l'inspiration du professeur Pierret, peuvent fournir des arguments puissants aux partisans de l'hospitalisation séparée des maladies mentales aiguës et des mesures législatives spéciales à ce genre de malades.

Th. Taty.

©BIUM

Die nervösen Elemente der Selachier-Retina in Methylenblaupräparaten (Les éléments nerveux de la rétine des Sélaciens ; préparations au bleu de méthylène) ; par le Dr Alfred Schaper (Harvard Medical School, Boston, Mass.). Extrait de la *Festschr. z. siebenzigsten Geburtstag v. Carl von Kupffer*. Iéna, G. Fischer, 1899, in-fol.

L'emploi de la coloration vitale au bleu de méthylène a confirmé en grande partie, mais assez souvent aussi réformé et étendu les résultats auxquels étaient arrivés, avec l'emploi de la méthode au chromate d'argent, Retzius et Neumayer touchant la morphologie des éléments nerveux de la rétine des Sélaciens. Les travaux de Krause, de Ramon y Cajal, de Dogiel, sur la constitution histologique de ce ganglion périphérique, étudiée chez d'autres vertébrés, avaient ouvert la voie.

Dans la couche profonde de la rétine, celle des grosses cellules ganglionnaires, Schaper distingue trois sortes d'éléments nerveux : 1° des *cellules multipolaires*, situées surtout près de la membrane limitante interne. Leurs principaux prolongements protoplasmiques, qui se subdivisent en un grand nombre de ramifications extrêmement délicates pourvues de nombreuses varicosités, s'étendent horizontalement à de si longues distances que telle cellule se ramifie ainsi souvent sur de vastes territoires rétiniens. La plupart des dendrites de la magnifique planche II de l'auteur se continuent bien au delà de cette planche. Le cylindraxe sort presque toujours directement du corps cellulaire ou, à proximité de celui-ci, d'un gros tronc protoplasmique ; 2° des *cellules bipolaires*, cellules de grandeur moyenne, piriformes, dont le prolongement protoplasmique et le cylindraxe sortent des deux pôles opposés du cytoplasme. Le prolongement protoplasmique monte à différentes hauteurs de la couche plexiforme interne, où il étend ses ramures tangentiellement ; 3° des *cellules fusiformes*, petites, dont les dendrites s'étendent en deux directions opposées ; le cylindraxe sort d'ordinaire d'un prolongement protoplasmique, souvent fort éloigné du corps cellulaire.

Le trajet des cylindraxes de tous ces neurones est direct, sans anastomose.

Schaper a vu les dendrites des cellules bipolaires s'élever dans la zone supérieure de la couche plexiforme interne, tandis

©BIUM

que ceux des cellules multipolaires restaient dans les zones inférieures.

Quant à la structure interne des cellules nerveuses, elle présente les mêmes dispositions qu'a observées Dogiel dans les éléments correspondants de la rétine des oiseaux : des amas de substance chromophile apparaissent dans le corps cellulaire et dans les gros troncs protoplasmiques, les plus volumineux occupant une situation plutôt centrale. Des fibrilles parcourent le cytoplasma et peuvent être suivies fort loin dans les dendrites aussi bien que dans l'axone. Ces fibrilles sont manifestes aux points où les prolongements protoplasmiques se coudent en angles et dans les branches résultant de cette division.

Schaper n'a jamais observé d'anastomes entre les dendrites des cellules.

A la limite inférieure de la couche plexiforme interne, les *cellules amacrines*, stelliformes, pressées, de volume égal, rayonnent leurs prolongements extrêmement fins en tous sens : il en résulte un réseau à mailles assez étroites qui s'étend à diverses hauteurs de la couche plexiforme interne. Lorsqu'elles sont unipolaires, le corps de ces cellules est piriforme; le pôle, en manière de souche, est orienté vers la couche interne des grains; le noyau, rond, est assez volumineux. Des grains de substance chromophile existent dans le protoplasma de ces cellules, au point surtout d'où sortent les dendrites. Schaper n'a pas vu non plus de cylindraxes.

Les *cellules bipolaires* de la couche interne des grains ont surtout été bien étudiées par Schaper; sa description, qui ne concorde pas de tous points avec celle de Retzius et de Neumayer, est aujourd'hui la plus complète et la plus exacte. Ces cellules entrent en contact par leurs prolongements protoplasmiques avec les cellules subépithéliales, leurs cylindraxes s'arborisent dans la couche plexiforme interne. Schaper les a différenciées en quatre groupes : 1° les cellules du premier groupe, bipolaires, sont les plus volumineuses; leur corps cellulaire se trouve au-dessous ou même à l'intérieur de la très mince couche plexiforme externe; leurs dendrites, pôle externe de la cellule, étroitement entrelacés, s'étendent immédiatement au-dessous des ramescences terminales des cellules visuelles. Le cylindraxe, issu du pôle interne de la cellule, descend à la couche plexiforme interne, où il s'arborise. Peut-être quelques-uns de ces axones descendent-ils plus bas, jusque dans la couche des fibres nerveuses, et pénètrent-ils dans la fasciculation du nerf

©BIUM

optique; il paraît pourtant plus vraisemblable que tous ces cylindraxes se terminent dans la couche plexiforme interne. Ces cellules bipolaires, Neumayer les appelle cellules pour bâtonnets, ou cellules bipolaires géantes; il en décrit une espèce plus petite, à dendrites moins étendus, qu'il dénomme cellules bipolaires pour les cônes. Pas plus que Retzius, Schaper n'a pu découvrir ces dernières dans ses préparations; 2° les cellules bipolaires du deuxième groupe se trouvent dans la zone externe de la couche interne des grains. Les prolongements périphériques et centraux de ces neurones, particulièrement étudiés par Schaper, sont orientés comme ceux du premier groupe; 3° les cellules bipolaires dont le prolongement protoplasmique interépithélial affecte la forme de massue, un peu moins grosses que les précédentes, leur ressemblent pourtant par la forme de leur corps cellulaire, par l'origine et la distribution des dendrites. Elles sont situées un peu plus bas que les précédentes dans la couche interne des grains; la plupart présentent un prolongement protoplasmique allongé en long cou s'élevant jusqu'à la couche plexiforme externe; l'extrémité renflée en massue de ce prolongement, où la substance chromophile est très compacte, se termine aussi par un court filament légèrement granuleux. Il s'agit évidemment des massues de Landolt; 4° cellules bipolaires à prolongement protoplasmique en forme de filament. Les prolongements cylindraxiles des deux derniers groupes ont la même orientation centrale et s'arborisent dans la couche plexiforme interne. Ce sont bien ici des axones, quoique Retzius et Neumayer aient évité d'employer ce terme dans leurs Mémoires sur la rétine des Sélaciens.

JULES SOURY.

De la suggestion pendant le sommeil naturel dans le traitement des maladies mentales; par le Dr Paul Farez. Broch. in-8°. Paris, Maloine, 1898.

« S'il était possible de profiter des instants de sommeil d'un aliéné pour l'hypnotiser, on pourrait sans doute améliorer son état et aider ainsi à sa guérison. » C'est sous les auspices de cette pensée du professeur Beaunis que l'auteur place son mémoire, qui n'en est d'ailleurs qu'une sorte de développement littéraire, car on ne peut considérer comme un document clinique suffisant l'unique observation qu'il contient et où l'on voit la

©BIUM

suggestion pendant le sommeil naturel améliorer une dame atteinte d'un trouble mental qu'on ne nous fait pas connaître, trouble qui reparut d'ailleurs aussitôt que M. Farez cessa ses suggestions.

Certes, les aliénistes ne demanderaient pas mieux que d'accueillir avec empressement une nouvelle méthode de traitement moral, fût-ce celle que préconise M. Farez, malgré les difficultés d'application qui, quoi qu'il en dise, apparaissent comme à peu près insurmontables; mais, de grâce, qu'il précise, qu'il sorte des généralités vagues, qu'il apporte des faits, qu'il nous encourage par son exemple. Avant de nous dire : « Ne vous découragez pas, soyez tenaces, accordez un long crédit au traitement psychique, car la tâche est rude » — oh ! combien ! — qu'il nous prouve que le succès poursuivi n'est pas un vain mirage. Pour les cas curables, nous avons en vérité des procédés thérapeutiques qui, pour être moins laborieux, ne sont pas sans être efficaces. Est-ce que la suggestion pendant le sommeil naturel nous aiderait à guérir les cas réputés jusqu'ici incurables, les délires systématisés par exemple? Voilà ce qu'il nous importerait de savoir et c'est ce que l'auteur ne nous dit pas.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Les agnoscies, la cécité psychique en particulier; par le Dr Victor Nodet, ex-interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 222 pages. Paris. Félix Alcan. 1899.

— Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année 1898. 1 vol. in-4° de 438 pages. Montévrain. 1899.

— Asile de Dijon. Rapport médical, compte moral et administratif présenté pour l'année 1898; par le Dr Garnier, médecin-directeur, 58 pages in-8°. Dijon. 1899.

— Etude graphologique sur les variations de l'écriture des aliénés ; par le Dr Edouard Merley. 104 p. in-8°. Paris. Société d'éditions scientifiques, s. d.

— Asile de Bonneval. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1898, suivi du rapport médical ; par le Dr L. Déricq, médecin-directeur, 23 p. in-8°. Chartres, 1899.

©BIUM

— The clinical features of beri-beri (Les formes cliniques de beri-beri) ; par le Dr Conolly Norman, superintendant médical de l'asile de Richmond, à Dublin. 36 pages in-8° avec planches. Extrait des *Transactions of the Royal Academy of medicine in Ireland*. Vol. VII, 1899.

— Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital général de Montpellier; par le prof. J. Vires. 1 vol. de 245 pages avec 6 planches hors texte. Paris, Masson et Cie, 1900.

— La dissociation dite syringomyélique des sensibilités. Leçons cliniques du prof. Grasset, recueillies et publiées par le Dr Gibert. 47 pages in-8°. Extrait du *Montpellier médical*, 1899.

— Un cas de dipsomanie morphinique (morphino-dipsomanie ou morphinomanie vraie); par les Drs André Antheaume et Raoul Leroy. 18 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, novembre 1899.

— Sur un cas de nigritie chez une aliénée; lésions pathologiques; considérations pathogéniques ; par les Drs C. Bonne et G. Jacquin. 19 pages in-8°. Extrait des *Archives générales de médecine*, novembre 1899.

— Le délire de la jalousie ; par le Dr E. Villers. 97 pages in-8°. Bruxelles, Henri Lamertin, 1899.

— De la morphinomanie et de son traitement. Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, en janvier 1897, par le prof. Joffroy, recueillies par le Dr Antheaume, chef de clinique. 37 pages in-8° Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* novembre et décembre 1899.

— Irrenhülfvereine, ihre Leistungen und Entwicklung (Sociétés de patronage des aliénés, leurs faits et leur évolution); par le Dr Brosius, à Sayn. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Irrenfreund*, 1891, nos 11 et 12.

— Un cas de torticolis mental; par les Drs E. Noguès et J. Sirol. 6 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Paris, s. d.

— Les causes sociales de la folie; par G.-L. Duprat, docteur ès lettres, professeur de philosophie au lycée d'Alençon. 1 vol. in-18 (204 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1900.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. Xe session tenue à Marseille. Comptes rendus publiés par le Dr H. Boubila. 1 vol. in-8° de 614 pages. Marseille, 1899.

— Les objets de piété comme instruments de meurtre dans le délire religieux; par le Dr A. Cullerre. 11 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1900, n° 52.

— Notizen über die Irrenhäuser Constantinopels (Notices

©BIUM

sur les asiles d'aliénés de Constantinople); par le Dr Mongéri. 5 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für Psychiatrie*, etc. T. LVI.

— Les songes d'attaques des épileptiques; par le Dr Maurice Ducosté, de Bordeaux. 13 pages in-8°, s. l. n. d.

— Le problème de la mémoire. Essai de psycho-mécanique; par le Dr Paul Sollier. 1 vol. in-8° (219 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1900.

— Essai sur la pathogénie du suicide; par le Dr Jean Reboul. Thèse de la Faculté de médecine de Bordeaux, 1900.

— De la pathologie mentale à la fin du XIXe siècle. Conférence faite à la Salpêtrière le 21 janvier 1900, par le Dr Roubinovitch. 38 pages in-18. Extrait du *Bulletin médical* du 24 janvier 1900.

— Sulla etiologia e cura della pazzia puerperale. Nota preventiva (Sur l'étiologie et le traitement de la folie puerpérale. Note préventive); par le Dr Luigi Mongeri, médecin de l'hôpital royal italien de Constantinople. 6 pages in-8°. Extrait des *Annali di Nevrologia*, 1900.

— De l'onirocritie comitiale (Les rêves chez les épileptiques); par le Dr Aurélien Fournié. Thèse de la Faculté de Bordeaux, 1899.

— Les hallucinations volontaires (L'état hallucinatoire); par le Dr P. Dheur, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol. Suivi d'un chapitre sur les hallucinations. Notes manuscrites et inédites du Dr J. Moreau (de Tours). 1 vol. in-8° de 150 pages. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1899.

— Dimissioni precoci di alienati (Sorties précoces des aliénés); par le Dr Giuseppe Tonoli. 24 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*. Vol. XXV, 1899.

— L'état de l'appareil vasomoteur dans les maladies mentales aiguës; par le Dr N. Sokalsky, médecin de l'hôpital Saint-Nicolas, à Saint-Pétersbourg. 83 pages in-8° (en langue russe). Extrait du *Wjestnik psychiatrii i nevropathologuii*, 1899.

— Métissage, dégénérescence et crime; par le Dr Nina Rodrigues, professeur de médecine légale de la Faculté de Bahia. 40 pages in-8° avec tableaux. Lyon. A. Storck et Cie, 1899.

— Maison de santé de Préfargier. Cinquante ans d'activité. Rapport présenté à la Commission dans sa séance du 23 septembre 1899, par le Dr R. Godet, directeur. 67 pages in-8° avec tableaux. Neuchâtel, 1899.

— Les psychoses d'auto-intoxication. Considérations générales; par le Dr E. Régis. 26 p. in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1899, n° 40.

©BIUM

— Rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale; par le Dr Albert Pélas. Thèse de Paris, 1899.

— Les psychoses post-opératoires ; par le Dr E. Régis. 25 pages in-8°. Extrait du *Compte rendu du Congrès d'Angers,* 1899.

— L'animisme fétichiste des nègres de Bahia ; par le prof. Nina Rodrigues. 165 pages in-8°. Bahia, Reis et Cie, 1900.

— Auto-intoxication et délires ; par le Dr E. Régis, 47 pages in-8°. Extrait des *Archives cliniques de Bordeaux*, 1899.

— Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie ; par le Dr H. Thulié. 1 vol. in-8° de 678 pages avec 53 figures dans le texte. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1900.

— Un cas de perversion sexuelle à forme sadique ; par le Dr E. Régis; 23 pages in-8°. Lyon, A. Storck et Cie, 1899.

— Proceedings of the American medico-psychological Association at the fifty-fifth annual meeting held in New-York, may 23-26 1899 (Comptes rendus de la cinquante-cinquième réunion annuelle de la Société médico-psychologique américaine tenue à New-York, du 23 au 26 mai 1899). 1 vol. in-8° de 437 pages, cart. à l'anglaise, s. l., 1899.

— La psychose post-éclamptique ; par le Dr E. Régis. 15 pages in-6°. Extrait de la *Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1899.

— Sensation et mouvement. Etudes expérimentales de psycho-mécanique ; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 2e édit., revue, avec 44 graphiques dans le texte. 1 vol. in-18 (170 pages), de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1900.

— Third annual report of managers of the Manhattan State Hospital at New-York to the State Commission in Lunacy, for the year ending September 30, 1898 (Troisième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital d'Etat de Manhattan à New-York adressé à la Commission des aliénés de l'Etat, pour l'année finissant le 30 septembre 1898). 109 pages in-8°. New-York, 1899.

— Le personnage d'Hamlet et son interprétation par Sarah Bernhardt ; par le Dr E. Régis. 12 pages in-8°. Extrait de la *Revue philomathique de Bordeaux et du Sud-Ouest*. Octobre 1899.

— Le cinquantenaire (1849-1899) de la librairie C. Reinwald. 96 pages in-8°, avec portraits. Paris, 1899.

— Les dermatophobies ; par le Dr J. Kerandel. 85 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1899.

— Ueber die Pyramidenkreuzung des Schafes (De la décus-

©BIUM

sation des fibres des pyramides); par le prof. Th. Ziehen, d'Iéna. 6 pages in-8°. Extrait de l'*Anatomischen Anzeiger*, 1900.

— Maison de santé de Préfargier. Rapport médico-administratif de l'exercice 1898; par le Dr R. Godet. 30 pages in-8°. Neuchâtel, 1899.

— La paralysie générale des adolescents; par le Dr L. Delmas. 152 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1899.

— The Care of the recent case of insanity (Le traitement des cas récents de folie); par le Dr C.-B. Burr. 10 pages in-8°. Extrait du *Medical and surgical Monitor* (Indianapolis). Décembre 1899.

— Les psychoses traumatiques; par le Dr André Meyssan. 58 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1899,

— Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement; par le Dr Maurice de Fleury. 1 vol. in-8° de 351 pages, avec 42 graphiques dans le texte. Paris, J. Rueff, édit., 1900.

— L'irritabilité dans la série animale; par le Dr Denis Courtade. 1 vol. in-8° (86 pages) de la *Collection Scientia*. Paris, Georges Carré et Naud, janvier 1900.

— De la paralysie simple démente ou sans délire; par le Dr A. Dufour. 95 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1899.

— Case of a peculiar form of dwarfed growth (Cas de forme particulière de nanisme); par le Dr John Thomson. — With notes of the post mortem examination (avec des notes sur l'examen après la mort); par le Dr Jessie M. Macgregor. 8 pages in-8° avec planche. Extrait du *Scottish medical ans surgical Journal*, mars 1899.

— Le vade-mecum du médecin expert. Guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, de l'avocat, des officiers de police judiciaire; par le Dr A. Lacassagne, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon. 2e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-18 cart. à l'anglaise. Paris, Masson et Cie, 1900.

— Die Litteratur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459-1799, mit Unterstützung der Kgl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin herausgegeben (La littérature de la psychiatrie, de la neurologie et de la psychologie de 1459 à 1799, publiée avec l'approbation de l'Académie royale des sciences de Berlin); par le prof. Heinrich Laehr. 3 vol. in-8°, 751-1131-281 p. Berlin, Georg Reimer, 1900.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 28 mai 1900.

Présidence de M. CHRISTIAN, vice-président, et de M. MEURIOT, président.

L'assemblée s'est tenue à trois heures, rue de Seine, n° 12. MM. Meilhon et Rousselin se sont excusés de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Semelaigne fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'après examen les comptes ont été reconnus exacts.

L'assemblée approuve les comptes et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Giraud, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Rapport du secrétaire.

Messieurs,

J'ai, aux termes de nos statuts, à vous présenter le trente-quatrième rapport annuel sur la situation de notre association. Dans son précédent rapport, mon collègue et ami Bouchereau vous rappelait les bienfaits de l'œuvre fondée en 1865 par Baillarger et ses confrères, les premiers membres du conseil de l'association. Un des principaux mérites de notre organisation est, qu'en présence d'une infortune, notre intervention est toujours rapide. Nous faisons œuvre de bonne confraternité à l'égard de nos membres malheureux ou de leur famille. Pour avoir droit à un secours de notre association, il faut lui appartenir, soit comme membre fondateur, soit comme membre sociétaire. Nous avons surtout occasion d'intervenir lorsqu'un de nos membres vient à décéder, laissant sa famille sans ressources suffisantes. Les fondateurs paient une cotisation

©BIUM

annuelle de 25 francs, les sociétaires, 10 francs. Comme le disait Bouchereau, l'année dernière, avec un peu de bonne volonté, tout médecin aliéniste parvient à prélever sur son budget, dans le cours d'une année, l'une ou l'autre de ces sommes.

Dans ce même rapport précédent, Bouchereau rappelait la mémoire de ceux de nos confrères disparus qui ont été les bienfaiteurs de notre association : Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne. C'étaient pour nous des maîtres et des amis ; ils ont voulu que leur œuvre bienfaisante les suivît au delà de la tombe, et la nouvelle génération ne doit pas oublier leurs noms.

Depuis la dernière assemblée générale, la mort nous a enlevé trois membres fondateurs : Bouchereau, Desmaisons et Edouard Carrier ; cinq membres sociétaires : Adam, Chambard, Berbez, Quinemant, Clausolles. J'ai, pour mes débuts dans mes fonctions de secrétaire, à faire une longue nécrologie. Par une coïncidence, qui s'est naturellement représentée à mon esprit en écrivant ces lignes, à la séance où, il y a quinze ans, sur la proposition de Foville, la bienveillance de mes collègues m'appelait à faire partie du conseil de l'association, Bouchereau, nouveau secrétaire, apportait son premier rapport annuel ; il était mon aîné de toute façon, mais les relations étaient si franches et si cordiales avec lui qu'une bonne et sincère camaraderie s'était bien vite établie entre nous.

Né à Montrichard en 1835, interne des hôpitaux de Paris au concours de 1863, Bouchereau s'était attaché à l'étude des maladies nerveuses et mentales, à la Salpêtrière, où il avait eu comme chef de service Falret père, Vulpian et Charcot. En 1867, à l'organisation du nouvel asile créé à Paris sur l'emplacement de l'ancienne ferme Sainte-Anne, il reçut, en collaboration avec son ami Magnan, un service au bureau d'admission installé à côté des services de Lucas et de Dagonet. Il changea plus tard de service à Sainte-Anne et prit celui de Lucas à la mort de ce dernier.

Savant et modeste, il ne cherchait pas les honneurs, mais les honneurs venaient le trouver. Il avait été décoré en 1870, pour faits de guerre, après avoir été blessé sur le champ de bataille. Membre titulaire de la Société médico-psychologique en 1871, il en devint secrétaire annuel et plus tard président. Il fut appelé en 1891, à Lyon, à présider le congrès des médecins aliénistes ; il fut un des fondateurs de la Société française de tempérance ; il était membre de la Société de biologie, où il fit des communications très appréciées sur la pathogénie des lésions cérébrales et sur l'alimentation des aliénés. Il était membre fondateur de notre association depuis 1871, et je n'ai

©BIUM

pas besoin de rappeler avec quel dévouement il a rempli pendant quinze ans les fonctions de secrétaire.

Partout et toujours, Bouchereau était resté bon et simple. Je me rappelle avec quelle joie il avait profité de la réunion du Congrès de Blois pour emmener à Montrichard une bande d'amis. Plusieurs discours ont été prononcés à ses obsèques, et notre président, M. Meuriot, a été lui dire un suprême adieu. Comme l'a si bien dit M. Meuriot, Bouchereau était un ami sûr, un cœur d'or, une âme bienfaisante, et les regrets causés par sa mort ont été bien sincères.

Le Dr Desmaisons, qui vient de mourir, était inscrit comme membre fondateur de notre association depuis 1865, c'est-à-dire depuis l'origine. Né le 13 février 1813, il était le dernier survivant des internes d'Esquirol. Je dois à l'obligeance de mon collègue et ami, le Dr Pons, et du Dr Garat, de Bordeaux, quelques notes me permettant de vous parler du collègue que nous avons perdu. Tout en ayant eu dès sa jeunesse des goûts artistiques très prononcés, il se décida à embrasser la carrière de la médecine ; mais l'artiste se réveillait de temps en temps et c'est ainsi qu'il collabora au fameux atlas de Bourgery et Jacob. Il s'attacha à l'étude des maladies mentales et devint tout à la fois l'élève et l'ami d'Esquirol. Lorsqu'il fut docteur, il reçut d'Esquirol la mission de soigner un riche client qu'il promena pendant plusieurs années en Italie. Rentré en France, il créa en 1845, près de Bordeaux, la maison de santé de Castel d'Andorte, au Bouscat, et il adressa au mois d'août 1846, au préfet de la Gironde, un rapport très intéressant dont les *Annales médico-psychologiques* ont publié l'analyse en 1848.

Il publia en 1859 un volume intitulé : *Des asiles d'aliénés en Espagne. Recherches historiques et médicales.* A la suite de cette publication, il fut, sur le rapport de Brière de Boismont, nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique. Modeste et instruit, Desmaisons fut très apprécié et estimé de ses confrères de Bordeaux. Il était membre et ancien président de la Société de médecine de Bordeaux. J'ai personnellement connu Desmaisons dans le court passage que je fis à Bordeaux en 1878, comme médecin en chef de l'asile public d'aliénés. C'était un fort aimable confrère, ne considérant pas le médecin de l'asile public comme un concurrent vis-à-vis de la maison de santé privée, et j'avais reçu de lui le plus charmant accueil. Il n'a pas voulu qu'on prononçât de discours sur sa tombe et je bornerai là cette courte notice.

J'allais terminer ce rapport quand vendredi dernier, dans la soirée, j'ai reçu un faire part de la mort du Dr Edouard Carrier, médecin en chef de la maison Saint-Jean-de-Dieu, décédé, dit la lettre de faire part, le 21 mai 1900, dans sa soixante et

©BIUM

onzième année, et le temps m'a manqué pour compléter une notice nécrologique, d'autant plus que Edouard Carrier était aussi un modeste n'aimant pas faire parler de lui.

Il était membre fondateur de notre association depuis l'année 1878. J'avais fait sa connaissance à Lyon, en 1891, au Congrès des médecins aliénistes dont Bouchereau était le président. J'étais déjà lié avec son frère Albert Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, ce qui facilitait nos relations.

Edouard Carrier avait fait au Congrès les honneurs de la maison de Saint-Jean-de-Dieu, asile privé, pour les hommes, faisant fonctions d'asile public, et fondé en 1824 dans le faubourg de la Guillotière. J'ai relaté jadis dans une chronique des *Annales* l'impression que m'avait faite cette visite, et voici ce que je disais : « De l'asile public, le Congrès s'est rendu à l'asile Saint-Jean-de-Dieu. Nous ne pouvons pas comparer, au point de vue de la disposition des bâtiments, un établissement déjà relativement ancien aux grands asiles modernes ; mais nous avons été frappés de l'excellente tenue de l'asile. Nous avons constaté que le frère directeur ne mettait aucune hésitation à nous faire voir les quartiers d'indigents aussi bien que le pensionnat, qui a de fort belles salles ; mais ce dont nous pouvons surtout féliciter les frères de Saint-Jean-de-Dieu, c'est de subir sans réserve l'influence de leur médecin, le Dr Edouard Carrier, qui a succédé à son père, et est en réalité le chef de l'établissement. » Edouard Carrier avait aussi été longtemps l'auxiliaire de son frère Albert, à la maison de santé dite de Saint-Vincent-de-Paul, fondée par le Dr Carrier, leur père, en 1848, pour des dames aliénées.

Chambard était membre sociétaire de notre association depuis 1884, c'est-à-dire depuis son entrée dans le service des asiles. Parisien, né à Paris le 13 août 1851, interne des hôpitaux à vingt-quatre ans, il trouva un attrait tout particulier aux études micrographiques, et il devint successivement répétiteur à l'École pratique des Hautes-Études, puis chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales. Il soutint sa thèse de doctorat sur le somnambulisme, en 1881, et devint secrétaire de la rédaction du nouveau journal *l'Encéphale*. Il quitta Paris pour devenir chef de la clinique dermato-syphiligraphique à Lyon ; puis il abandonna Lyon pour Marseille, où ses espérances ne furent pas réalisées. Il se décida en 1884, sur la proposition de Foville, à entrer dans le service des asiles et fut nommé médecin-adjoint à Saint-Yon. Il y a laissé la réputation d'un travailleur passionné, s'adonnant surtout aux recherches d'anthropologie et d'histologie. Il est passé ensuite dans les asiles de la Seine, à Ville-Evrard et à Vaucluse, toujours en qualité de médecin-adjoint. Il fut en 1889 nommé médecin en chef de

©BIUM

l'asile de Pierrefeu (Var), dont il avait d'ailleurs conservé le plus mauvais souvenir, et la même année devint médecin en chef de Cadillac. En 1891, il fut nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges et, en 1897, il fut nommé médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), où il devait terminer sa carrière en mourant le 14 janvier dernier, victime de son amour pour la science et de ses travaux de laboratoire. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe, et notre collègue Febvré a tout particulièrement insisté sur les travaux scientifiques de Chambard, notamment sur les nombreux articles parus dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre.

Louis Adam était membre sociétaire de l'association depuis l'année 1881. Il était né le 12 février 1849 à Colmar et avait été élève du service de santé de la marine. Je l'avais connu quand il était interne à l'asile de Châlons. Il fut successivement médecin-adjoint des asiles d'Armentières, d'Auxerre et de Blois. En 1889, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Pierrefeu, dont il avait conservé, comme Chambard, le plus mauvais souvenir; puis il devint médecin en chef de Mont-de-Vergues, et ensuite de Clermont (Oise). En 1897, il fut nommé directeur-médecin de l'asile d'Evreux, où la maladie vint interrompre sa carrière. Je l'avais retrouvé à diverses reprises à nos congrès annuels. C'était un collègue sympathique dont nous avons regretté la perte.

Henri Berbez, qui était un de nos membres sociétaires depuis 1895, est mort prématurément le 24 avril dernier à l'asile de Dury-lès-Amiens dont il était le médecin-adjoint. Il était né le 8 août 1862. Il fut successivement interne des asiles d'aliénés de la Seine et de la maison nationale de Charenton et s'était acquis l'estime et l'amitié de ses chefs de service. Sa thèse sur la paralysie générale due aux excès alcooliques lui valut une mention honorable au concours du prix Moreau (de Tours), en 1893. Il eut la même année une mention honorable au concours pour le prix Aubanel, sur la question : Des rapports de l'ataxie locomotrice progressive et de la paralysie générale. Je l'ai connu lors du concours pour l'admissibilité aux postes de médecin-adjoint de la région de Paris en 1894, le sort m'ayant désigné pour être membre du jury. Berbez avait été fort brillant à ce concours et j'avais pu apprécier ses qualités. Il fut nommé, aussitôt après le concours, médecin-adjoint de l'asile de Rennes et, l'année suivante, passa à l'asile de Dury-lès-Amiens.

On le considérait comme ayant un brillant avenir. Il est triste de le voir disparaître au début de sa carrière.

Le Dr Quinemant était médecin du quartier d'hospice de Niort. Nous n'avions pas eu occasion de le voir à nos réunions.

©BIUM

Le Dr Clausolles Germain était médecin-adjoint à l'asile de Lèymes, asile privé faisant fonctions d'asile public. Il venait de se faire admettre comme membre sociétaire et j'ai le regret de constater son décès en même temps que son admission.

Après avoir constaté nos pertes, j'ai à souhaiter la bienvenue à nos nouveaux adhérents.

Nous avons reçu comme sociétaires :

M. Antheaume, 6, rue Scheffer, à Paris ;

M. Boissier, 20, rue du Vieux-Colombier, à Paris ;

M. Larroussinie, médecin de la Maison de santé de Couderan (Gironde) ;

M. Nageotte, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre ;

M. Pain, médecin-adjoint de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne) ;

M. Rist, 11, rue des Deux-Moulins, à Versailles ;

M. Santenoise, médecin-adjoint de l'asile de Dijon ;

M. Terrade, médecin-adjoint de l'asile de Lafont, près La Rochelle.

Soit huit nouveaux membres, auxquels devrait s'ajouter le Dr Clausolles, si la mort n'était venue l'enlever.

Nous avons reçu la démission de trois membres :

Un membre fondateur, le Dr Dufour, ancien directeur-médecin de l'asile Saint-Robert, aujourd'hui député, qui était entré dans notre association comme sociétaire en 1883 et était devenu fondateur en 1887 ;

Deux membres sociétaires : MM. Barandon et Caillau.

Le Dr Hospital a échangé son titre de fondateur contre celui de sociétaire.

Le Dr Roubinowitch avait été par erreur, dans le rapport précédent, indiqué comme admis au titre de membre fondateur et figure parmi les membres sociétaires.

Actuellement notre association compte :

Membres à vie	2
— fondateurs . . .	52
— sociétaires. . . .	87
Total des membres.	141

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente et un avec les souscriptions suivantes :

Asile de Prémontré (Aisne).	100 fr.
— de Saint-Lizier (Ariège).	50
— d'Aix (Bouches-du-Rhône). . . .	50
— de Dijon (Côte-d'Or).	100
— d'Evreux (Eure).	100
— de Quimper (Finistère).	100

©BIUM

Asile de Toulouse (Haute-Garonne) . .	100 fr.
— d'Auch (Gers)	100
— de Bordeaux (Gironde).	25
— de Rennes (Ille-et-Vilaine). . . .	100
— de Dôle (Jura).	100
— de Blois (Loir-et-Cher)	100
— de Châlons (Marne)	100
— de Saint-Dizier (Haute-Marne). .	100
— de La Roche-Gandon (Mayenne).	100
— de Maréville (Meurthe-et-Moselle).	100
— de Lesvellec (Morbihan)	100
— d'Armentières (Nord)	100
— de Bailleul (Nord).	100
— de Clermont (Oise).	100
— d'Alençon (Orne)	50
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais).	100
— de Pau (Basses-Pyrénées).. . . .	100
— de Bron (Rhône).	100
— de Bassens (Savoie)	100
— de Quatre-Mares (Seine-Inférieure)	100
— de Saint-Yon (Seine-Inférieure).	100
— de Dury-lès-Amiens (Somme) . .	100
— de Mont-de-Vergues (Vaucluse) .	100
— d'Auxerre (Yonne).	100
— de Sainte-Marie de l'Assomption.	50

Sur la demande de notre président, M. Meuriot, et de M. Goujon, sénateur, le ministre de l'intérieur a bien voulu continuer en 1899 la subvention de 1.500 fr. qu'il nous accorde depuis des années. Nous en remercions M. le ministre et M. Monod.

J'ai maintenant à vous exposer notre situation financière.

Les recettes de l'année, jointes à l'encaisse au 31 décembre de l'année précédente, se sont élevées à.	19.892	88
Ainsi réparties :		
En caisse au 31 décembre 1897.	6.302	78
Cotisations.	2.555	»
Subvention ministérielle.	1.500	»
Souscriptions d'asiles.	2.824	50
Intérêts des capitaux	4.549	20
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. .	38	95
Don de M. Meuriot.	100	»
Legs Mesnet.	2.000	»
Recouvrements remboursés.	22	45
Total des recettes	19.892	88

©BIUM

Les dépenses ont atteint le chiffre de.	13.899	40
Savoir :		
A quatorze veuves de fondateurs ou sociétaires.	7.300	»
A deux sociétaires malades	604	»
A un fondateur en retraite	400	»
A la femme d'un sociétaire malade	500	»
Au fils d'un sociétaire décédé.	400	»
A deux veuves d'anciens internes d'asiles . . .	500	»
Dépenses au Crédit foncier	15	55
Legs Mesnet. Achat de rente.	2.053	95
Achat statutaire de 60 fr. de rente à 3 p. 100.	2.044	10
Frais d'administration, impression, recouvrements, timbres et envois de secours..	81	80
Total.	13.899	40
Reste disponible au 31 décembre 1899	5.993	48
Total égal aux recettes.	19.892	88

La somme disponible, déposée au Crédit foncier, a été réservée pour faire face à la distribution des secours à faire en janvier 1900 avant la rentrée des cotisations et des autres recettes de l'année.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'association s'élèvent à la somme de 209.424 fr.

Le capital, placé suivant les statuts, augmenté des dons et legs, représente environ 146.664 fr.

Ce capital se décompose ainsi :

Rente 3 1/2, donnant un revenu de	1.217	»
Rente 3 p. 100, donnant un revenu de	2.748	»
43 obligations du chemin de fer du Midi, donnant un revenu de.	619	20
Ensemble.	4.584	20

Les prévisions budgétaires pour l'année 1900 sont les suivantes :

En caisse, au 31 décembre 1899.	5.993	48
Cotisations.	2.420	»
Subvention ministérielle	1.500	»
Souscriptions d'asiles.	2.824	»
Intérêts des capitaux	4.584	20
Total.	17.321	68

©BIUM

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ.	14.000	»
Dans sa dernière séance, le conseil a alloué les sommes suivantes :		
A un sociétaire malade	200	»
A un fondateur en retraite	200	»
Au fils d'un sociétaire décédé.	200	»
A la mère d'un sociétaire décédé.	200	»
id	200	»
A quinze veuves de fondateurs ou sociétaires décédés. , ...	3.900	»
Obsèques d'un sociétaire décédé.	95	»
Total.	4.995	»
Il reste donc un solde disponible de	9.005	»
Sur lequel le conseil vous propose d'accorder un secours de. . . . . à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.	500	»
Ces sommes distribuées, il resterait en caisse. .	8.505	»
Sur lesquels il y aurait à prélever, suivant les prévisions actuelles pour le 2e semestre, environ .	5.000	»
Il resterait donc en fin de compte . . . . . pour parer aux éventualités nouvelles qui peuvent se présenter dans le cours de l'année et faire face aux secours de janvier 1901.	3.505	»

Je n'ai pas besoin de vous rappeler le dévouement et la prudence de M. Mitivié. Grâce à lui, et sur ses sages propositions, les sommes dont nous pouvons disposer pour allouer des secours sont réparties de manière à venir en aide à toutes les misères qui nous sont signalées, et en proportionnant autant que possible le secours aux besoins. C'est sur lui que repose la plus lourde tâche dans notre association et c'est justice de vous le dire.

En vertu de l'article 9 des statuts, le conseil est élu en assemblée générale. Il est nommé pour trois ans et se renouvelle chaque année par tiers.

Les membres du conseil sortant cette année et rééligibles sont MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Semelaigne.

L'assemblée générale réélit MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Semelaigne.

M. Doutrebente est nommé en remplacement de M. Bouchereau, décédé.

©BIUM

Le conseil est ainsi composé pour l'année 1900 :

MM. Brunet, Christian, H. Dagonet, Mitivié, Vallon, qui verront leurs pouvoirs expirer en 1901.

MM. Falret, Febvré, Meuriot, Ritti, Doutrebente, dont les pouvoirs expireront en 1902.

MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Semelaigne, dont les pouvoirs expireront en 1903.

Président : M. Meuriot.
Vice-Président : M. Christian.
Trésorier : M. Mitivié.
Secrétaire : M. Giraud.

La séance est levée à quatre heures.

LISTE DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Membres à vie.

MM. Christian et Meuriot.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Belle.	Falret.	Nolé.
Biaute.	Faucher.	Parant.
Binet des Roys.	Febvré.	Péon.
Bonnet (Henry).	Gallopain.	Petit (Gilbert).
Boubila.	Garnier (Paul).	Pétrucci.
Boudrie.	Giraud.	Pierret.
Briand.	Girma.	Pons.
Brunet.	Goujon.	Régis.
Chaslin.	Grout (Franklin).	Ritti.
Chaussinand.	Homery.	Rousselin.
Cortyl (Edmond).	Lapointe.	Saury.
Cortyl (Germain).	Mabille.	Semelaigne.
Cullerre.	Magnan.	Simon (Max).
Dagonet (Henri).	Marandon de Montyel.	Taguet.
Dagonet (Jules).	Mitivié.	Vallon.
Doursout.	Moreau (de Tours).	Viret.
Dubuisson (Paul).	Motet.	Voisin (Jules).
Duhamel.		

©BIUM

Membres sociétaires.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloyse).	Dupain.	Pain.
Allaman.	Fenayrou.	Paris.
Anglade.	Fouriaux.	Pécharman.
Antheaume.	Garnier (Samuel).	Picard.
Arnaud.	Gilson.	Pichenot.
Aubry.	Guyot (Aug).	Pilleyre.
Audy.	Hamel.	Planat.
Baruk.	Hospital.	Raffegeau.
Bellat.	Joffroy.	Ramadier.
Belletrud.	Journiac.	Rayneau.
Bessières.	Lallemant.	Rey.
Bonnet (J.).	Larrieu.	Rist.
Boissier.	Larroussinie.	Roubinowitch
Boiteux.	Larroque.	Rousset.
Broquère.	Legrain.	Santenoise.
Chardon.	Legras.	Schils.
Charon.	Legruel.	Séglas.
Charpentier.	Leroy.	Sérieux.
Charuel.	Louis (Léon).	Sizaret (Jules).
Chocreaux.	Lwolf.	Terrade.
Colin.	Malfilâtre.	Thibaud.
Croustel.	Marie.	Thivet.
Danner.	Martinenq.	Toulouse.
Delaporte.	Maupaté.	Toy.
Dericq.	Meilhon.	Trénel.
Doutrebente.	Monestier.	Védie (Henri).
Dubourdieu.	Nageotte.	Vernet.
Dubuisson (M.).	Nicoulau.	Viallon.
Dumaz.	Pactet.	Vigouroux.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de mars 1900 : M. le Dr Blin, médecin en chef de la colonie de Vaucluse, est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.) ;

M. le Dr Lalanne, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.) ;

M. le Dr Thibaud, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

— *Arrêtés de mai* 1900 : M. le Dr Bonnier, ancien préfet, directeur de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains, est nommé directeur du 5e asile de la Seine, la Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr Dupain, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen (Ille et-Vilaine), est nommé médecin en chef à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le Dr Chardon, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Vincent (Pas-de-Calais), est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Méen ;

M. le Dr Lwoff, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (poste créé) ;

M. le Dr Broquère, médecin en chef, directeur de l'asile de Larochegandon (Mayenne), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. le Dr Dubuisson (Max), médecin en chef, directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garanne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.) ;

M. le Dr Cossa, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.).

— *Arrêtés de juin* 1900 : M. le Dr Briche, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le Dr Croustel, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère) ;

©BIUM

M. le Dr Terrade, médecin-adjoint de l'asile de Lafont-lès-La-Rochelle (Charente-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne);

M. le Dr Papillon, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.);

M. le Dr Belletrud, médecin-directeur de l'asile de Pierrefeu (Var), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.);

M. le Dr Levet, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le Dr Taguet, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine), est nommé médecin en chef du cinquième asile de la Seine, la Maison-Blanche;

M. le Dr Vigouroux, médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin en chef de l'asile de Vaucluse;

M. le Dr Bessière, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.).

NÉCROLOGIE

Georges Masson. — Nous avons le vif et douloureux regret d'annoncer la mort de M. Georges Masson, décédé le 6 juin 1900, dans sa soixante et unième année.

Georges Masson occupait dans le haut commerce parisien une situation considérable et qui était justifiée par son haut mérite et son infatigable activité. Malgré ses nombreuses occupations, il s'intéressait aux moindres détails de son importante maison d'éditions. Parmi les innombrables journaux et revues périodiques qu'il publiait, il avait un faible pour les *Annales médico-psychologiques*, qui virent le jour presque en même temps que lui, dont son père Victor Masson, ami de notre regretté maître Baillarger, guida les premiers pas dans le monde, au succès desquelles il contribua largement. Si les *Annales* occupent aujourd'hui une place distinguée parmi les périodiques, elles la doivent en grande partie — nous ne l'oublions pas — à Victor Masson d'abord, et ensuite à son fils Georges qui, malgré ses nombreuses occupations, n'a cessé de mettre à notre service ses sages conseils et sa grande expérience. Toujours on trouvait auprès de lui l'accueil le plus empressé, le plus courtois; on peut dire de lui qu'il fut vraiment le type du parfait galant homme, de l'honnête homme, dans la plus belle acception du mot. M. Pierre V. Masson son fils et, depuis quelques années, son associé, continuera les

©BIUM

nobles traditions paternelles; au nom de la rédaction des *Annales*, nous lui adressons, ainsi qu'à toute sa famille, nos bien vifs et sincères sentiments de condoléance.

CRÉATION D'ASILES D'ÉTAT POUR LES ALIÉNÉS CRIMINELS

Nous avons annoncé, dans notre numéro de mars dernier (p. 350), que la commission de la revision de la loi de 1838, à la Chambre des députés, avait décidé, dans sa séance du 31 janvier 1900, de détacher du projet d'ensemble, élaboré par elle, le titre relatif aux aliénés *dits* criminels, et d'en faire l'objet d'un projet de loi spécial pour lequel on demanderait à la Chambre une mise à l'ordre du jour très prochaine. Cinq mois se sont passés depuis lors, et rien n'a été fait. Une réforme qui s'impose, que nous avons vu s'accomplir en Angleterre, en Italie, etc., ne parvient pas à voir luire le jour de la discussion dans notre Parlement. On ne saurait trop le regretter.

La question, qui reste en suspens au point de vue législatif, a heureusement fait un pas sérieux au point de vue administratif. Nous croyons savoir, en effet, que, dans l'une de ses dernières séances, le conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance a décidé, en principe, sur un rapport très étudié de M. le Dr Albert Regnard, la création d'asiles d'Etat pour les aliénés dits criminels.

Si ce projet était mis à exécution, — ce que nous désirons vivement, — le Parlement se verrait bien obligé de voter la réglementation légale de ces nouveaux établissements.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Les concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés ont eu lieu dans les villes indiquées dans notre dernier numéro. Voici les listes des jurys, ainsi que les résultats de ces différents concours :

Région du Nord à Lille (concours du 21 mai 1900). — Président : M. l'inspecteur général, Dr A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les Drs Combemale, professeur à la Faculté; Gallopain, médecin-directeur de l'asile de Fains (Meuse); Martinenq, médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme); Vernet, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). Juré suppléant : M. le Dr Pilleyre, médecin-directeur de l'asile de Prémontré (Aisne).

Ont été admis, par ordre de mérite : 1° M. Raviard; 2° M. Brunet; 3° *ex æquo*, MM. Rodiet et Ricoux.

©BIUM

Région de Paris (concours du 29 mai 1900). — Président : M. l'inspecteur général, Dr A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les Drs Joffroy, professeur à la Faculté; Blin, médecin en chef de la colonie de Vaucluse; Magnan et Vallon, médecins en chef à l'asile Sainte-Anne. Juré suppléant : M. le Dr Homéry, médecin-directeur de l'asile de Bourges (Cher).

Huit candidats ont été admissibles, dans l'ordre suivant : 1° *ex æquo*, MM. Manheimer et Truelle; 2° M. Dide; 3° M. Pochon; 4° *ex æquo*, MM. Castin, Marchand et Wahl; 5° M. Ameline.

Région du Midi, à Montpellier (concours du 29 mai 1900). — Président : M. l'inspecteur général, Dr Drouineau. Jurés titulaires : MM. les Drs Mairet, professeur à la Faculté; Chevalier-Lavaure, médecin directeur de l'asile d'Auch (Gers); Dubuisson (Max), médecin-directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne); Nicoulau, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). Juré suppléant; M. le Dr Charon, médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

Ont été admis par ordre de mérite : 1° M. Bécue; 2° M. Pélissier.

Région de Lyon (concours du 5 juin 1900). — Président : M. l'inspecteur général, Dr Drouineau. Jurés titulaires : MM. les Drs Lacassagne, professeur à la Faculté; Bonnet, médecin en chef de l'asile Saint-Robert (Isère); Garnier (Samuel), médecin-directeur de l'asile de Dijon; Rousset, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône). Juré suppléant : M. le Dr Chaussinand, médecin-directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Ont été admis, par ordre de mérite : 1° M. Jacquin; 2° M. Bonne.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

33. *Bris de glaces.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 3 mai 1900) :

« Ce matin, vers dix heures, un aliéné, nommé Charles Volkaer, pris d'un accès de folie furieuse, a brisé, à l'aide de briques, trois glaces de la devanture des bureaux occupés par la Société générale, à l'angle du boulevard Montmartre et de la rue Vivienne.

« Volkaer a été arrêté et conduit au commissariat de police de la rue d'Amboise; de là il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. »

34. *Drame de la folie.* — Le *Figaro* publie, dans son numéro du samedi 12 mai 1900, la dépêche suivante, reçue d'Arezzo (Italie) :

©BIUM

« A Castiglione-Florentino, un paysan nommé Meucci, devenu fou, a tué neuf personnes de sa famille, en a blessé d'autres et a tué son bétail, incendiant son étable. Il a été arrêté. »

35. *Attentat contre un magistrat.* — M. Delthil, substitut à Saint-Gaudens, vient d'être victime d'une tentative de meurtre.

Un nommé Pierre Lastrade, gendarme en retraite, demeurant à Castillon-de-Saint-Martory, a tiré sur lui deux coups de revolver, au palais de justice ; une balle l'a atteint au-dessus de l'omoplate droite. Son état n'est pas grave.

Lastrade, un homme âgé de cinquante ans, a la manie de la persécution. Il a eu souvent affaire avec la justice, et, ces jours derniers, il a dû subir une saisie de ses immeubles pour le recouvrement des frais d'un procès en séparation avec sa femme. C'est pour se venger des magistrats qu'il a prémédité son crime. Il a déclaré qu'il regrettait de ne pas avoir tué sa victime. (Le *Temps*, numéro de mercredi 29 mai 1900.)

36. *Triple assassinat.* — On télégraphie de Nyons au *Temps* (numéro du jeudi 31 mai 1900) :

« Un fou vient d'assassiner, à coups de bêche, à Séderon, M^me^ Reynaud-Lacroze et le garde champêtre.

« M. Reynaud-Lacroze, maire de Séderon, ancien conseiller général, a de nombreuses blessures qui mettent ses jours en danger. »

37. *Suicide d'un mélancolique.* — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du jeudi 31 mai 1900) :

« Hier, à Commercy, au moment où le train de trois heures dix-sept allant à Nancy arrivait en gare, un individu s'est jeté sous les roues de la locomotive et a été littéralement coupé en morceaux. La tête a été séparée du tronc et a roulé sur la voie.

« Le défunt est M. Victor Mouilleron, âgé de trente-neuf ans, lieutenant au 79^e^ d'infanterie à Nancy.

« Cet officier se trouvait dans sa famille, en congé de convalescence de trois mois. Il était en proie, depuis longtemps, à des idées noires et avait à plusieurs reprises manifesté le désir d'en finir avec la vie. »

38. *Suicide.* — Deux vieillards, les époux Broichot, habitaient un logement au deuxième étage, 82, avenue Gambetta. Hier soir, vers onze heures, leurs voisins apercevaient une épaisse fumée sortant par les fenêtres de leur chambre.

Croyant à un commencement d'incendie, on accourut, la porte fut enfoncée et l'on se trouva en présence d'un spectacle affreux.

Tête nue, étendue sur un grabat placé au milieu de la pièce,

©BIUM

la femme Adeline Broichot, âgée de soixante-douze ans, était entourée de flammes et ne donnait plus signe de vie. Les deux jambes et l'abdomen de la malheureuse ne formaient plus qu'une plaie ; ses cheveux étaient complètement brûlés.

A côté de son lit, se trouvait un litre de pétrole, aux trois quarts vide. En examinant les lieux, on constata qu'elle en avait répandu le contenu sur son matelas et sur une partie des meubles, puis y avait mis le feu.

Pendant que les voisins combattaient le feu, qui fut rapidement éteint, un médecin donnait les premiers soins à la pauvre femme et la faisait ensuite transporter à l'hôpital Tenon, où elle ne tardait pas à succomber sans avoir repris connaissance.

M^me^ Adeline Broichot, qui avait donné plusieurs fois des signes d'aliénation mentale, avait souvent manifesté l'intention de se donner la mort.

Au retour de M. Broichot, qui rentra vers minuit, M. Tirache, commissaire de police, dut lui apprendre le malheur qui le frappait (Le *Petit Bleu*, numéro de mardi 19 juin 1900.)

39. *Un fou incendiaire.* — Des habitants de la rue des Bourguignons, à Asnières, voyaient hier une épaisse fumée sortir de l'appartement qu'occupe, au n° 120 de cette rue, M. Bernard Reynal, peintre. Avec l'aide de deux agents, ils pénétrèrent dans la maison, enfoncèrent la porte de l'appartement et organisèrent les premiers secours.

M^me^ Raynal était absente du logis à ce moment. Son mari, dont l'état mental n'était déjà pas très sûr, avait été pris d'un accès de folie subite et avait essayé de mettre le feu à la maison. Il avait accumulé les vêtements et la lingerie, les rideaux et les meubles, avait répandu du pétrole sur ce tas, puis avait allumé l'incendie. Lui-même en surveillait les progrès en riant et criant, et il attendait le moment propice de monter lui-même sur ce bûcher.

Lorsque les sauveteurs entrèrent, Raynal voulut fuir et se jeta par la fenêtre avant qu'on eût pu l'empêcher d'enjamber la balustrade. Il vint tomber sur le trottoir, de la hauteur de deux étages.

Relevé aussitôt, le malheureux a été transporté à l'hôpital Beaujon dans un état très grave. Pendant ce temps, les pompiers éteignaient l'incendie, qui n'a heureusement causé que des dégâts insignifiants. (Le *Temps*, numéro du samedi 23 juin 1900.)

40. *Suicide.* — Dimanche dernier, vers midi, M. Marcillat, âgé de soixante-cinq ans, demeurant au Chêne, commune de Champvert, s'est jeté dans la rivière l'Aron et s'y est noyé.

Marcillat ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales. (*La Tribune de la Nièvre*, numéro du mercredi 27 juin 1900.)

©BIUM

41. *Les suites d'une opération.* — Un menuisier de Beauvais (Oise), victime il y a quelque temps d'un accident de travail, avait dû subir l'amputation d'un doigt de la main droite. Son esprit s'était dérangé à la suite de ce malheur.

Hier soir, dans un accès de folie furieuse, il a criblé de coups de couteau sa femme Rose, âgée de trente-cinq ans. La malheureuse n'a pas été tuée sur le coup, mais son état est désespéré. (Le *Temps*, numéro du samedi 7 juillet 1900.)

TRIBUNAUX

Devant le conseil maritime de Brest. — Sous ce titre, on lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 16 mai 1900), le fait suivant :

Le conseil de guerre maritime a jugé hier le nommé Brunet, âgé de dix-neuf ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, poursuivi pour divers délits et notamment pour voies de fait envers un sergent à l'occasion du service.

Pendant l'information, Brunet fut mis en observation à l'hôpital maritime.

A l'audience, les deux médecins qui l'ont examiné déclarent qu'ils ne peuvent conclure à la responsabilité. Au surplus, les témoins disent que Brunet était considéré au régiment comme un détraqué.

Le commissaire du gouvernement Denès, chef de bataillon d'infanterie de marine en retraite, n'en a pas moins conclu à la peine de mort.

Me Bodet, chargé de défendre Brunet, a refusé de plaider, disant :

« Je ne répondrai point au réquisitoire que le commissaire du gouvernement a établi avec une « sévérité romaine ». Si j'avais eu connaissance du dossier avant d'avoir été désigné, j'aurais formellement refusé de me présenter à la barre pour assister un dément, et pour couvrir de ma robe d'avocat une formalité qui prescrit un défenseur à peine de nullité. Ce serait la deuxième fois que dans l'espace de deux mois environ j'aurais à assister un fou devant le conseil. C'en est trop ! Je ne puis me résoudre à jouer un pareil rôle. Un fou n'a pas besoin d'être défendu parce qu'il ne doit pas être accusé. J'estime que ce serait m'abaisser à mes propres yeux que de discuter l'accusation, que de vous demander d'écarter la peine capitale, car vous enverriez aux travaux publics pendant une dizaine d'années un irresponsable dont la place est dans un asile d'aliénés. »

Brunet a, malgré cela, été condamné à un an de prison, le conseil ayant retenu contre lui le délit de bris de clôture.

©BIUM

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
(Paris, 2-9 août 1900).

Programme de la Section de psychiatrie.

Jeudi 2 août, à 2 heures.

Séance solennelle d'ouverture du Congrès, à la salle des Fêtes de l'Exposition universelle.

Vendredi 3 août (1).

Séance du matin, à 9 heures. — 1° Nomination du bureau ;

2° Discours du président ;

3° Première question. — Pathologie mentale. — Psychoses de la puberté.

Rapporteurs : MM. Ziehen (Allemagne); Marro (Italie), J. Voisin (Paris).

Discussion : Pronostic éloigné des psychoses de la puberté, par le Dr Cullerre, de La Roche-sur-Yon (Vendée).

Statistique des psychoses de la puberté à l'asile des aliénées de Bordeaux, par le Dr Pons, médecin en chef.

Séance de l'après-midi, à 2 heures. — Continuation de la discussion.

Communications diverses sur la pathologie mentale.

Contribution à l'étude des idées obsédantes, par le Dr Ladislas Haskovec, privat-docent de neuropathologie, à Prague (Bohême).

On the evolution of *folie du doute* (De l'évolution de la folie du doute), par le Dr Hughes, de Saint-Louis (Etats-Unis).

Ueber der psychischen Ursprung hysterischen Phenomœne (De l'origine psychique de certains phénomènes hystériques), par le Dr Vogt, de Berlin.

Ueber Paranoïa periodica (De la paranoïa périodique), par le professeur Meschede, de Kœnigsberg (Allemagne).

Sur la folie systématique, par le Dr Séglas, médecin de Bicêtre.

La vraie cause de la paralysie générale, par le professeur Wladimir Tschisch, de Dorpat (Russie).

---

(1) Les séances de la section de psychiatrie se tiendront dans l'amphithéâtre-sud de l'Ecole de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, derrière le Luxembourg.

©BIUM

La famille des paralytiques généraux, par les Drs Ch. Vallon et Wahl, de Paris.

Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux, par le Dr Arnaud, de Vanves.

Les formes pathologiques de la rougeur émotive, par le Dr Hartenberg, de Paris.

Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanée et viscérales profondes. Autopsie. Intégrité de la moelle, par les Drs Joffroy et Gombault, de Paris.

Le *soir*, fête, sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

Samedi 4 août.

Séance du matin, à 9 heures. — Deuxième question. — Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de l'idiotie.

Rapporteurs : MM. les Drs Shuttleworth et Fletcher-Beach (Angleterre); Mierzejewsky (Russie); Bourneville (Paris).

Discussion : M. Toulouse, de Villejuif.

Séance de l'après-midi, 2 heures. — Continuation de la discussion).

Communications diverses sur des questions d'anatomie et de physiologie pathologiques.

A mounted brain hemisphere transversely divided into thirty seven sections for purposes of instruction and clinical description in brain disease autopsy (Hémisphère cérébral divisé transversalement en trente-sept coupes, monté pour la démonstration et la description clinique dans l'autopsie des maladies du cerveau), par le Dr Hughes, de Saint-Louis (Etats-Unis).

Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale, par les Drs Roubinovitch et Vlavianof, de Paris.

An improved pocket aesthesiometer made of platinum with Weber's distance points, etc., in decimal and english scale engraved thereon (Aesthésiomètre perfectionné en platine avec les pointes de distance de Weber, etc., gravées en décimales et à l'échelle anglaise), par le Dr Hughes, de Saint-Louis (Etats-Unis).

Dimanche 5 août.

Visite des asiles de Ville-Evrard et de la Maison-Blanche. Banquet.

Le *soir*, fête offerte aux membres du Congrès par le Bureau

©BIUM

et les Comités d'organisation du Congrès au palais et dans les jardins du Luxembourg.

Lundi 6 août.

Séance du matin, 9 heures. — Troisième question. — 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 (Allemagne); Korsakoff (Russie); Morel (Belgique).

Discussion : **M.** Toulouse, de Villejuif.

Ueber die Bettbehandlung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten (De l'alitement des aliénés en dehors des asiles); par le Dr Otto Snell, de Hildesheim.

Du repos au lit dans le traitement de psychoses aiguës, par le Dr Braesco, de Jassy (Roumanie).

Communications diverses sur la thérapeutique.

Le placement des aliénés dans les familles. Le système d'Ecosse (avec cartes), par le Dr Sutherland, Her Majesty's D. Commissionner in Lunacy for Scotland.

Passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés, par le Dr Gustave d'Olah, de Budapest.

Sur le rôle du chirurgien dans les asiles d'aliénés, par le Dr Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine.

Examen et surveillance des aliénés (avec projections), par le Dr Toulouse, de Villejuif.

De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie et de la dipsomanie, par le Dr Bérillon, de Paris.

Une méthode de traitement de certaines phobies, par le Dr Hartenberg, de Paris.

Séance du soir, 2 heures. — Assemblée générale du Congrès au grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Mardi 7 août.

Le *matin*, à 10 heures, visite de l'asile Sainte-Anne. Inauguration du nouveau pavillon de chirurgie.

Banquet.

Le *soir*, fête à l'Hôtel-de-Ville, offerte par le Conseil municipal de Paris.

©BIUM

Mercredi 8 août.

Séance du matin, 9 heures. — Quatrième question. — Médecine légale. — Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.

Rapporteurs : MM. de Krafft-Ebing (Autriche) ; Morselli (Italie) ; Paul Garnier (France).

Discussion.

Séance du soir, 2 heures. — Continuation de la discussion.

Communications diverses sur la médecine légale des aliénés.

The prostate gland in relation to sexual perversion. (La glande prostatique dans ses rapports avec les perversions sexuelles), par le Dr Sutherland, d'Ecosse.

Psychopathia sexualis and divorce (Psychopathie sexuelle et divorce), par le Dr R.-W. Ihufeldt, de New-York.

Rapport entre la criminalité des enfants et l'alcoolisme des parents. Etude clinique, par Mlle Louise Robinovitch, docteur en médecine à New-York.

Sur les rapports des maladies mentales avec la perversion morale, par le Dr Brunet, de Paris.

Des responsabilités pénales et civiles dans les cas de placements familiaux d'aliénés, par les Drs Marie et Toulouse, de Villejuif.

Jeudi 9 août.

Séance du matin, 9 heures. — *Communications diverses.*

Relations sur la psychiatrie en Hongrie, par le Dr Gustave d'Olah, de Budapest.

Statistique des aliénés. Projet d'une entente internationale (avec projections), par le Dr Toulouse, de Villejuif.

L'isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés, par les Drs Marie et Toulouse, de Villejuif.

Clôture des travaux de la section.

Séance du soir, 2 heures. — *Séance solennelle de clôture du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.*

Le *soir*, fête offerte par M. le Président de la République, au palais de l'Elysée (1).

---

(1) Pour toutes les fêtes du Congrès, les femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès seront invitées.

Un Comité de dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès. Ce Comité, composé des femmes des membres du Comité exécutif du Congrès et

©BIUM

Vendredi 10 août.

Visite de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

NOTA. — Nos collègues qui désirent prendre part aux travaux du Congrès sont priés d'envoyer à M. le Dr DUFLOCQ, trésorier, rue Miromesnil, 64, à Paris, leur adhésion avec leur carte de visite et l'indication de la section à laquelle ils désirent être inscrits, plus leur cotisation, qui est de 25 francs.

Rappelons, en outre, les renseignements suivants déjà antérieurement publiés dans les *Annales* : « 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 à 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 aux Bureaux du Congrès*, 21, *rue de l'Ecole-de-Médecine.* »

FAITS DIVERS

Un village de fous. — Il existe au Laos, dans les possessions françaises d'Indo-Chine, un village de fous : le Dr Lefèvre, médecin des colonies, signale ce fait curieux. Ce village, Bankeune, compte trois cents maisons ; il est situé sur le cours de Namngune. Au Laos, les cas de folie sont fréquents, et, quand on voyage, il n'est pas rare de trouver sur la route des hommes, des femmes ou des adolescents qui sont atteints d'aliénation mentale ; une des manifestations de leur folie consiste à croire que l'on a un buffle dans le ventre. Sous l'influence de cette conviction au moins étrange, le « pipop », ainsi que l'on dit dans le langage laotien, c'est-à-dire le possédé, commet toutes sortes d'extravagances et même des dégâts ; ses voisins cherchent par suite à s'en débarrasser, à l'éloigner du village. On le relègue donc à Bankeune ; mais auparavant on s'assure qu'il est bon « pipop » en recourant à un procédé qui rappelle l'ancien jugement de l'eau froide auquel étaient soumises les sorcières allemandes ; on lui lie les mains et les pieds et on le jette à l'eau. S'il surnage, c'est qu'il n'est pas possédé ; si, au contraire,

---

des présidents de section, s'est constitué sous la présidence de Mmes Lannelongue et Brouardel. Ce comité disposera, à la Faculté de médecine, d'une très belle salle où les dames congressistes pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des dames, membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles.

©BIUM

il coule à fond, ce qui doit être fréquent, il est voué à la relégation. (*Revue encyclopédique Larousse*, numéro du 23 juin 1900).

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.

Année 1902.

Prix Aubanel. — 2.000 francs. — Question : *Valeur séméiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales, appuyée sur des observations personnelles.*

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1900 pour les prix à décerner en 1901 ; pour ceux à décerner en 1902, le 31 décembre 1901, chez M. le Dr 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. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DE L'ALIÉNATION MENTALE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

La section de psychiatrie au Congrès international de médecine de 1900.

Le Congrès de médecine mentale, au lieu de former un congrès spécial, comme en 1889, a été en 1900 rattaché au Congrès international de médecine, avec la désignation : *Section de psychiatrie*. Il y a, dans cette organisation, des avantages et des inconvénients ; je ne les discuterai pas aujourd'hui, d'autant plus que ma chronique sera longue, parce que j'ai à rendre compte d'une grosse somme de travail. Je me bornerai à dire que nous avons regretté d'être séparés de la neurologie. On a bien fait, dès le début de la session, tant à la section de neurologie qu'à la section de psychiatrie, échange de compliments les plus affectueux ; mais les séances des uns étaient à la Sorbonne et les séances des autres à l'Ecole supérieure de pharmacie, ce qui rendait tout rapprochement impossible.

L'organisation du bureau a été très rapide. Par acclamation on a élu M. Magnan président, et M. Ritti secrétaire général. Les présidents d'honneur ont été

©BIUM

désignés et M. Magnan qui avait déjà, au nom du Comité d'organisation, adressé les souhaits de bienvenue aux délégués étrangers, a prononcé son discours de président.

Dans ce discours, fréquemment applaudi, M. Magnan a exprimé les profonds regrets causés par la mort du professeur Korsakoff et par la mort de Bouchereau ; puis il a passé en revue les progrès de la psychiatrie dans le cours du siècle, et les progrès réalisés dans les soins à donner aux aliénés. Il a terminé par cet appel auquel une triple salve d'applaudissements a répondu : « Ne sommes-nous pas tous unis dans une même pensée ardente et généreuse : faire tous nos efforts pour l'amélioration du sort des malheureux en proie à la plus cruelle des infortunes, la perte de la raison ? »

On a ensuite, dès cette première séance tenue le 3 août, dans la matinée, abordé l'ordre du jour : les psychoses de la puberté.

Le professeur Ziehen, d'Iéna, a fait, en allemand, l'exposé de son rapport. Il a exprimé que la tare héréditaire est une grande cause prédisposante et que les principales causes déterminantes sont l'anémie, le surmenage corporel et intellectuel, les maladies infectieuses aiguës, parmi lesquelles la gonorrhée, et les excès sexuels. Il a rencontré à l'époque de la puberté, pour laquelle il admet la période de treize à vingt et un ans, presque toutes les psychoses connues, et l'hébéphrénie n'est rencontrée que dans une faible proportion. Il considère le pronostic des psychoses de la puberté comme plus grave que celui des psychoses post-pubiques. Le traitement ne diffère pas de celui des autres psychoses, sauf qu'on doit se montrer très réservé dans l'emploi de l'opium.

Le professeur Marro, de Turin, a ensuite abordé l'exposé de son rapport. Il estime que la puberté exerce une

©BIUM

influence notable sur la vie psychique, soit en donnant aux troubles mentaux des caractères qu'ils n'avaient pas auparavant, ou qu'ils avaient à un moindre degré, soit en ouvrant la voie à l'invasion des psychoses. L'hébéphrénie peut être regardée comme appartenant en propre à la puberté et on peut avec une certaine probabilité en faire dériver la source d'un processus d'auto-intoxication.

On rencontre, d'ailleurs, d'autres manifestations morbides à l'époque de la puberté. La prophylaxie des troubles mentaux exige que l'on prête la plus grande attention à éviter toutes les causes d'affaiblissement qui peuvent troubler le développement de l'organisme physique et mental dans cette époque si importante de la vie.

Le troisième rapporteur était M. Jules Voisin, qui a présenté son exposé. Dans son rapport, M. Jules Voisin, après avoir fait l'historique de la question et donné une classification de toutes les psychoses rencontrées à l'époque de la puberté, pour laquelle il assigne la période de la vie entre quatorze et vingt-deux ans, arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas d'entité morbide qu'on puisse appeler psychose de la puberté. L'hébéphrénie est une démence précoce qui doit son cachet à l'association du développement intellectuel de l'individu avec l'hérédité.

La discussion a été ouverte après l'exposé des rapports.

M. Cullerre a lu un mémoire sur le pronostic éloigné des psychoses de la puberté. La conclusion de ce mémoire est que si la guérison d'un accès de folie au moment de la puberté est fréquente, les rechutes sont nombreuses, de sorte que le pronostic immédiat est assez favorable, le pronostic éloigné est sombre. La séance du matin a été terminée par une communication de M. Pons

©BIUM

apportant la statistique des psychoses de la puberté à l'asile de Bordeaux.

La discussion a été reprise dans la séance de l'après-midi. MM. Régis, Mabille, Tokarski, Trénel, Bénédickt, Gilbert Ballet ont successivement pris la parole. M. Gilbert Ballet croit qu'il faut établir d'abord une distinction entre les psychoses qui surviennent à l'époque de la puberté, sans présenter rien de spécial, et les psychoses ayant un cachet particulier au moment de la puberté, telle que l'hébéphrénie de Kahlbaum ; mais en outre, l'expression de psychoses de la puberté est impropre, car la puberté est une période courte répondant à l'établissement de la sécrétion ovulaire ou spermatique, et il vaudrait mieux dire: psychoses de l'adolescence.

La discussion close sur les psychoses de la puberté, la séance a été continuée en entendant une série de communications dues à l'initiative individuelle des membres du Congrès. Le Dr Ladislas Haskovec, de Prague, a lu un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des idées obsédantes.* Le Dr Hughes, de Saint-Louis (États-Unis), a fait une communication, en anglais, sur l'évolution de la folie du doute. Le Dr Vogt, de Berlin, a lu un mémoire sur l'origine psychique de certains phénomènes hystériques. Le professeur Meschede, de Kœnigsberg, a fait une communication sur la paranoia périodique. Enfin, le professeur Wladimir Tschisch, de Dorpat (Russie), a apporté un mémoire intitulé: *La vraie cause de la paralysie générale,* et il a formulé les conclusions suivantes :

1° La vraie et seule cause de la paralysie progressive c'est le *lues* non traité ou négligé. Des observations soigneusement recueillies prouvent que tous les paralytiques ne se faisaient pas traiter pour le *lues*, ou bien qu'ils ne se faisaient pas assez traiter ;

©BIUM

2° Les syphilitiques qui se faisaient traiter longtemps et soigneusement n'ont pas été atteints de paralysie progressive ;

3° L'hérédité pathologique et la dégénération ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de la paralysie progressive ;

4° Les personnes qui ont de visibles stigmates de dégénération physique ou psychique ne sont atteintes que très rarement de la paralysie progressive ou *lues cerebri*.

Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Bajenoff, Wahl, Greidenberg, Lalanne et Régis.

L'ordre du jour du samedi 4 août appelait l'examen du rapport sur l'anatomie pathologique de l'idiotie.

MM. Shuttleworth et Beach ont présenté l'exposé de leurs conclusions. Ils ont fait la classification de l'idiotie sous trois chefs : 1° vices de conformation d'origine congénitale ; 2° vices de conformation survenant pendant la période de développement ; 3° vices acquis.

M. Mierzejewski s'était excusé de ne pouvoir assister aux séances du Congrès, mais avait envoyé son rapport, dans lequel il a traité de l'histologie du cerveau chez les idiots. Il a étudié la déviation du développement du tissu nerveux, et signalé dans certains cas d'idiotie la richesse de la substance grise et l'abondance des cellules nerveuses ; mais dans ces cas, le système de liaison des circonvolutions est arrêté dans son développement, et ce défaut d'harmonie rend l'organe imparfait. M. Mierzejewski signale l'abondance de la couche des neuroblastes dans les hémisphères des idiots. Ces neuroblastes, qui sont des formes embryonnaires, peuvent sous l'influence d'une impulsion propice se transformer en cellules nerveuses, d'où l'amélioration possible de l'état intellectuel des idiots.

©BIUM

M. Bourneville a pris la parole pour faire l'exposé de son rapport. Il admet au point de vue anatomo-pathologique les dix formes suivantes de l'idiotie :

1° Idiotie symptomatique de méningite chronique ;

2° Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite chronique ;

3° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions, sans malformations, avec lésions des cellules nerveuses ;

4° Idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tubéreuse ;

5° Idiotie symptomatique de sclérose atrophique ;

6° Idiotie hémiplégique ou symptomatique de lésions en foyers ;

7° Idiotie symptomatique de l'hydrocéphale ;

8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou myxœdémateuse ;

9° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau avec malformation congénitale (porencéphalie) ;

10° Idiotie symptomatique de microcéphalie.

M. Bourneville n'a observé aucun cas d'idiotie pouvant être rattaché exclusivement à une lésion osseuse, et en particulier à une synostose prématurée des os du crâne.

M. Oberthür a exposé les constatations faites par lui en collaboration avec M. Philippe. Il a observé dans l'idiotie essentielle la prolifération diffuse de la névroglie, quelques lésions de sclérose péri-vasculaire, de la méningite sans adhérences.

Dans la sclérose atrophique, il a trouvé une méningite plus ou moins dense ; mais, ce qu'il a trouvé de caractéristique, c'est la formation de nodules envahissants autour des vaisseaux. Il a vu également des lésions de sclérose et de méningite typique dans l'hydrocéphalie

©BIUM

et dans la microcéphalie. Après l'exposé de M. Oberthür, la discussion a été ouverte.

M. Toulouse a développé l'idée qu'il est difficile d'établir une différenciation précise entre l'idiotie et la démence. Il propose d'établir une limite artificielle entre ces deux états et de prendre la puberté comme limite : l'idiotie serait la faiblesse intellectuelle développée avant la puberté ; la démence, la faiblesse intellectuelle développée après la puberté.

MM. Ballet, Bourneville, Régis, Toulouse ont ensuite successivement pris la parole, et la discussion a été close.

M. Joffroy a fait une communication sur un cas de paralysie générale chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution.

On a constaté chez ce malade de l'analgésie de la peau et des viscères avec persistance de la sensibilité tactile et thermique et de l'exagération des réflexes. A l'autopsie, la moelle fut trouvée normale par M. Gombault.

MM. Régis et Lalanne ont apporté un mémoire sur l'origine onirique de certains délires, en particulier du délire des grandeurs dans la paralysie générale.

La séance du matin a été terminée par une communication de M. Lalanne sur les fractures spontanées dans la paralysie générale, avec présentation de radiographies.

La séance de l'après-midi du samedi 4 août a débuté par une présentation de malades.

M. Bourneville, pour faire suite à sa communication du matin, a montré une série de malades de son service et a fait constater l'amélioration obtenue par le traitement médico-pédagogique, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, chez des idiots microcéphales.

M. Arnaud a ensuite fait une communication sur la

©BIUM

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

M. Koch a fait une communication sur le dormiol, hypnotique puissant, non toxique.

M. Hughes, de Saint-Louis (États-Unis), a exposé ses recherches sur l'hémisphère cérébral divisé transversalement en trente-sept coupes pour la démonstration.

M. Marco Trèves, de Turin, a fait une communication sur l'accroissement des ongles et leur conformation chez les aliénés.

Enfin, M. Maurice Faure a exposé avec projections ses recherches sur l'aspect et la gradation de lésions cellulaires corticales dans les troubles mentaux des toxi-infections. Cet exposé a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Régis, Bajenoff et Toulouse.

Le dimanche 5 août, une série de visites d'asiles avait été organisée, tant au Congrès d'assistance qu'au Congrès de médecine. Les membres des deux Congrès ont été reçus à Bicêtre, Charenton, Sainte-Anne, Ville-Evrard et Maison-Blanche. Comme les visites du Congrès d'assistance doivent faire ailleurs l'objet d'un compte rendu spécial, je ne parlerai ici que de la visite qui était seule dans le programme de la section de psychiatrie, Ville-Evrard et Maison-Blanche.

Le rendez-vous avait été donné le matin à la gare de la Bastille, où l'on trouvait des wagons retenus à l'avance, et, à Nogent, on inaugurait une nouvelle ligne de tramways. L'intérêt de l'excursion était la visite du nouvel asile, dit cinquième asile, ou Maison-Blanche. Les travaux, dit la notice qui a été remise aux membres du Congrès, ont été entrepris dès le commencement de 1896 ; la première partie comprend quatorze pavillons de malades, les bâtiments des services généraux, le bâtiment d'administration et les pavillons pour le logement des médecins et du pharmacien.

©BIUM

Le nombre des malades prévu pour le deuxième semestre de 1900 s'élève à sept cents, réparties en deux sections.

La deuxième partie, qui n'est pas encore commencée, comprendra une section pour les alcooliques, une seconde pour les hystériques et les épileptiques. Elle hospitalisera cinq cents malades, ce qui portera à douze cents femmes le nombre des aliénées traitées dans l'établissement, quand il sera complètement terminé.

En même temps que la première partie de l'asile, une usine centrale a été construite sur une autre partie du domaine, à l'entrée de l'asile de Ville-Evrard ; elle est destinée à assurer aux deux établissements de Ville-Evrard et de Maison-Blanche l'éclairage électrique, l'adduction d'eau de rivière et, enfin, le refoulement des eaux usées dans le champ d'épandage qui est voisin et est cultivé par les aliénés de Ville-Evrard.

Aux membres du Congrès s'étaient joints, pour faire les honneurs du nouvel asile, le Président du Conseil général de la Seine, M. Leroux, directeur des affaires départementales, représentant le Préfet de la Seine, et M. Pelletier, chef du service des aliénés, le Président et des membres de la Commission de surveillance. Après la visite du champ d'épandage, de l'usine centrale, d'un quartier prêt à recevoir les malades, du bâtiment d'administration et des services généraux, un déjeuner a été servi aux membres du Congrès et de nombreux toasts ont été portés. On a visité après déjeuner le pensionnat et les services de Ville-Evrard.

C'était une journée bien remplie.

La séance du 6 août a débuté par l'éloge qu'a fait M. Ritti de Korsakoff, son œuvre et ses qualités morales. Cet éloge du professeur enlevé prématurément à la psychiatrie, et dont le Congrès venait de recevoir un travail important, a été vivement applaudi.

©BIUM

L'ordre du jour appelait la question de l'alitement comme système de traitement des maladies mentales. M. Serbski a fait l'exposé des idées de Korsakoff. L'alitement est un mode de traitement, mais doit être appliqué avec méthode. Le régime au lit absolu ne doit pas durer longtemps, quelques jours seulement chez les apyrétiques. Il doit ensuite être gradué, en autorisant les malades à se lever pour les repas, puis en leur permettant une ou deux promenades dans la journée, et ensuite un séjour plus ou moins prolongé dans la salle de réunion.

Ce système doit être appliqué dans des dortoirs ; il ne donne pas de résultats dans les chambres particulières. On a constaté comme avantages, dit M. Serbski, le bon ordre dans les quartiers et une augmentation des guérisons ; les suicides sont devenus plus rares ; les malades faibles ou fébriles se trouvent mieux. Il n'y a toutefois pas de règle pour savoir combien de temps le malade doit être conservé au lit. L'abus du système prédispose au quiétisme et ramène au restraint s'il faut maintenir le malade au lit.

Le Dr Neisser (de Leubus) a ensuite fait l'exposé de son rapport en allemand, en donnant toutefois ses conclusions en français. M. Neisser dit qu'en introduisant l'alitement dans la thérapeutique des maladies mentales, on a irrévocablement admis qu'il faut envisager et traiter les aliénés comme des malades. Dès lors, les maisons d'aliénés revêtent incontestablement le caractère même extérieur d'un hôpital. Il est d'avis que pour tous les individus désordonnés, qu'il s'agisse des maniaques, des hallucinés, des malades atteints du délire systématisé, des épileptiques, des paralytiques généraux ou des malades atteints de démence, le mieux est encore l'alitement. Ce régime peut subir des tempéraments ; mais, pour tout malade entrant, l'alitement est le régime

©BIUM

qui s'impose tout naturellement et ne doit être supprimé temporairement ou définitivement que dans des cas spéciaux déterminés par ordonnance médicale.

L'alitement n'est pas un traitement spécifique des psychoses ; mais il répond à une indication thérapeutique : le repos cérébral. Il faut saisir le moment où l'alitement doit cesser. Si on laisse échapper ce moment, le malade prend facilement la manie du lit, préjudiciable à son physique et à son moral. Il est à remarquer que dans la majorité des maladies mentales juvéniles, l'alitement ne doit pas se prolonger trop longtemps.

Le Dr Neisser a terminé son exposé en parlant des modifications qu'entraîne l'alitement dans l'organisation des établissements et en appuyant son dire en présentant divers plans, notamment ceux de Lenbus. Il est d'avis que l'alitement n'entraîne pas forcément des modifications considérables dans la construction et peut être pratiqué dans les anciens établissements. Il n'en résulte pas, pour lui, d'augmentation de dépense dans le traitement.

Le Dr Jules Morel, de Mons, est venu ensuite présenter son rapport. Il a parlé des résistances qu'il avait rencontrées dans le personnel de l'asile de Mons ; mais il a reconnu les avantages de l'alitement. Ce système s'est généralisé en Suisse, en Italie, en Russie, aux Etats-Unis et n'est donc pas spécial à l'Allemagne.

Les conclusions de M. Morel sont :

I. Tout aliéné admis dans un établissement, devant faire l'objet d'un examen physique et psychique, sera confié au quartier d'observation. Pour que cet examen soit aussi complet que possible, le médecin devra pouvoir disposer de tous les éléments d'application, suivant les dernières ressources de la science.

II. Seront confiés au lit : 1° Tous les malades atteints de psychoses aiguës ou de psychoses chroniques présen-

©BIUM

tant des états intercurrents d'excitation ou de dépression;

2° Tous les malades souffrant d'un trouble de la nutrition générale;

3° Tous les malades qui ne savent pas se conduire conformément aux règles de la vie ordinaire : gâteux, malades refusant leur nourriture ou ayant une tendance au suicide, à la destruction, etc.;

4° Tous les malades atteints d'une affection somatique d'une certaine gravité.

III. Pour atteindre efficacement le but de l'alitement, il faut :

1° Que l'établissement possède un corps médical compétent proportionné aux nécessités du service;

2° Que les différents médecins attachés à l'établissement y soient logés et qu'ils aient chacun un rôle efficace dans l'observation et le traitement des malades;

3° Qu'on ne se serve d'aucun moyen de contrainte, sauf dans des cas très rares et exceptionnels;

4° Que le personnel médical se charge de l'instruction professionnelle des gardiens et qu'il en élimine tous les éléments n'offrant pas des garanties suffisantes;

5° Que le personnel des gardiens soit composé de personnes intelligentes et à moral irréprochable, suffisamment rémunérées et disposant d'une pension de retraite après un certain nombre d'années de service;

6° Que les bâtiments et les accessoires répondent à tous les desiderata quant au confortable pour l'aliéné et pour le personnel.

Après l'exposé de M. Morel, la discussion a été ouverte.

M. Doutrebente a contesté les avantages de l'alitement. Il a obtenu des résultats mauvais.

M. Briand croit que certains paralytiques généraux ne bénéficient pas de l'alitement. Il faut que le malade soit hypnotisé par le système, et c'est ce qui ne se pro-

©BIUM

duit pas chez les déments. D'après son observation, l'agitation maniaque dure moins longtemps quand le malade est au lit.

M. Tschisch a exprimé l'avis que, grâce à l'alitement, l'aspect de l'asile est amélioré, mais que la durée des affections mentales n'est pas abrégée.

M. Magnan est intervenu dans la discussion pour défendre le système de l'alitement. Il croit que ce système est bon. Il voit l'alitement diminuer l'accès maniaque et amener à la convalescence.

M. le professeur Mairet a déclaré qu'il avait, avec la collaboration de M. Ardin-Delteil, cherché à se faire une opinion sur la valeur curative de l'alitement dans l'aliénation mentale et sur l'atténuation que cette nouvelle méthode de traitement peut apporter aux divers symptômes de la maladie. Leurs observations faites à l'asile de Montpellier ont porté sur quatre-vingt-dix malades femmes, trente-cinq dont la folie était ancienne, cinquante-cinq dont la folie était récente et susceptible de guérison. Sur le premier groupe, ils ont plus particulièrement étudié les effets symptomatiques de l'alitement ; sur le second groupe, les effets curatifs de la clinothérapie.

Leurs conclusions sont :

A. — Dans la folie ancienne, l'alitement, comparé au lever, n'a aucun effet utile ni sur la marche de la maladie, ni sur le délire, ni sur l'agitation ou la dépression.

B. — Dans les folies récentes, envisagées au point de vue de la curabilité :

1° L'alitement est loin de pouvoir être considéré comme une méthode de traitement devant être généralisée à tous les cas ;

2° La plupart du temps il est inutile, ou produit des troubles physiques ou psychiques qui sont des indications formelles pour faire lever les malades ;

©BIUM

3° L'alitement, dans certains cas, paraît utile en ce sens qu'il diminue la durée de la maladie. Ce seraient plus particulièrement la manie intermittente et les aliénations mentales post-infectieuses qui bénéficieraient de ces effets utiles. Mais nos observations sont trop peu nombreuses encore pour que nous puissions formuler des conclusions fermes à ce sujet ;

4° L'alitement n'enraye en rien la mortalité.

La séance du lundi a été terminée par la communication d'une statistique que M. Toulouse a présentée à l'aide de projections.

La journée du mardi a été consacrée tout entière à la visite de l'asile Sainte-Anne.

On a débuté par le service de M. Magnan, et on a vu avec beaucoup d'intérêt les salles où le traitement par l'alitement est pratiqué ; puis M. Joffroy a fait les honneurs du service de la clinique. On a ensuite, sous la conduite de M. Picqué, visité le pavillon de chirurgie, qui n'est pas encore en état de recevoir des malades, mais dont les travaux sont suffisamment avancés pour qu'on puisse juger ce que sera ce nouveau service. Il y a là une conception nouvelle. Ce n'est pas un bâtiment destiné à hospitaliser tous les aliénés ayant des affections chirurgicales, c'est un pavillon d'opérations mis à la disposition du chirurgien pour y pratiquer les opérations dans des conditions matérielles et scientifiques répondant aux données les plus modernes. Le pavillon est divisé en deux sections, selon que les malades sont aseptiques ou déjà infectés, et on a construit une vaste salle d'opérations dans chaque section, avec appareils pour la stérilisation de l'eau et des instruments, qui doivent être distincts dans chaque salle d'opération, pour éviter toute chance d'infection des malades aseptiques. Au sous-sol seront installés des laboratoires d'histologie et de bactériologie, un musée

©BIUM

et une salle pour la préparation aseptique des objets de pansement. Au rez-de-chaussée sont les salles d'opération, une salle d'accouchement, une salle d'anesthésie, un laboratoire de photographie et une salle pour la radiographie. Au premier sont des chambres et des petits dortoirs, et une salle de pansement. Le nombre des lits est de vingt. Un ascenseur permet de faire passer dans leur lit et sans secousse les malades, de leur chambre à la salle d'opération.

Le programme est que les malades ne doivent être amenés au pavillon de chirurgie que pour y subir la préparation antiseptique avant l'opération et devront quitter le pavillon quelques jours après l'opération pour achever leur convalescence dans un autre service de l'asile, le pavillon restant uniquement le centre opératoire des asiles de la Seine.

Il est inutile d'ajouter que les opérations d'urgence continueront d'être faites sur place, l'intérêt du malade commandant d'agir vite, tout en se trouvant dans de moins bonnes conditions au point de vue opératoire.

La réception à Sainte Anne a été complétée par la visite des services de MM. Dubuisson et Vallon, du service de consultation externe de M. Dagonet, et par un déjeuner offert aux membres du Congrès.

La séance du mercredi 8 août a débuté par une reprise de la discussion sur l'alitement. M. Paul Garnier a dit que les divergences d'opinion lui paraissaient tenir à la manière dont ce traitement était appliqué. Il faut que le médecin y préside et soit secondé par un personnel de choix. On pratique la suggestion par le lit.

M. Régis a dit que l'alitement donne de bons résultats dans les névroses avec agitation et avec dénutrition. Il doit en être de même dans les psychoses.

M. Doutrebente a parlé des difficultés d'application

©BIUM

de ce système et a ajouté qu'on n'a pas apporté de résultats concluant à plus de guérisons.

M. Neisser a de nouveau défendu le système de l'alitement.

M. Mello-Reis a alors déposé un vœu en faveur de la généralisation du système de l'alitement, et, comme conséquence, de la suppression des cellules. Le vœu a soulevé une nouvelle discussion à laquelle ont pris part MM. Kéraval, Doutrebente et Magnan. On a expliqué qu'il ne s'agissait pas de supprimer les chambres d'isolement et que le vœu ne pouvait viser que les quartiers cellulaires destinés aux malades agités. Le vœu ainsi amendé a été adopté.

L'ordre du jour appelait ensuite la discussion des rapports sur les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.

M. Obersteiner a présenté le rapport envoyé par le professeur Krafft-Ebing, qui s'était excusé de ne pouvoir, pour cause de santé, assister aux séances du Congrès.

M. Krafft-Ebing a posé en principe que le domaine presque exclusif des obsessions et des impulsions, de même que des perversions sexuelles, c'est la dégénération psychique, ordinairement héréditaire. En ce qui concerne la responsabilité criminelle, on doit reconnaître que, dans les cas d'obsession où l'irrésistibilité de l'action est prouvée, il n'y a plus crime ni délit. Quand même l'irrésistibilité ne serait pas prouvée, vu la dégénérescence psychique dont le prévenu ne peut être considéré comme coupable, la culpabilité devrait être atténuée jusqu'au degré le plus étendu que la loi peut accorder.

M. Paul Garnier a ensuite fait l'exposé de son rapport. Il a d'abord insisté sur la dégénérescence mentale des obsédés et des impulsifs et sur l'émotivité, qui est

©BIUM

un véritable stigmate moral du dégénéré. Il a ramené les perversions sexuelles obsédantes et impulsives à cinq types principaux qui sont : 1° l'exhibitionnisme ; 2° le fétichisme ; 3° le sadisme, qui s'associe souvent au précédent (sadi-fétichisme) ; 4° l'inversion génitale ou homo-sexualité (uranisme) ; 5° l'érotomanie. L'exhibitionnisme peut encore s'allier au fétichisme, dans le cas par exemple d'exhibitionnistes dans les églises. M. Garnier a décrit ces divers types et a conclu à l'irresponsabilité de l'individu agissant contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

M. Régis a seul pris part à la discussion. Il a parlé des formes associées des perversions sexuelles soumises à l'examen du médecin-légiste. Il pense qu'on doit ajouter le masochisme, qui peut s'associer au fétichisme. Pour lui, l'obsession ne suffit pas pour entraîner l'irresponsabilité, il faut qu'il y ait impulsion.

M. Garnier a répondu à M. Régis et la discussion a été close.

La séance du matin a été complétée par trois communications.

Le Dr Sutherland (Écosse) a lu un mémoire sur la glande prostatique dans ses rapports avec les perversions sexuelles. Le Dr Hartenberg a fait une communication sur les formes pathologiques de la rougeur émotive. Enfin, le Dr Bérillon a lu un travail sur la suggestion hypnotique et la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie et de la dipsomanie.

La séance de l'après-midi a été consacrée à des communications particulières.

On a entendu d'abord un mémoire du Dr Braesco, de Jassy (Roumanie), sur le repos au lit dans le traitement des psychoses aiguës, et surtout dans la pellagre. L'auteur a constaté des résultats favorables. Puis, M. le Dr Picqué a fait un exposé sur le rôle du chirurgien

©BIUM

dans les asiles d'aliénés. Ce rôle consiste, non à vouloir guérir la folie par la chirurgie, mais à traiter les maladies chirurgicales chez les aliénés. A côté des opérations urgentes, telles que la hernie étranglée ou une ligature pour hémorragie par plaie artérielle, il y a les opérations pour les affections qui ne compromettent pas la vie d'une manière immédiate, telles un cancer du sein, une arthrite, un pyosalpinx. Ces opérations ne peuvent pas être ajournées indéfiniment, et, si les malades sont curables, on doit les mettre en état de gagner leur vie à leur sortie, ne pas les renvoyer invalides. Les aliénés doivent être opérés à l'asile. Toute une catégorie d'opérations exige un chirurgien de carrière; mais ce chirurgien ne doit opérer qu'avec le concours du médecin aliéniste pour être toujours renseigné sur les indications ou les contre-indications fournies par l'état mental, pour être toujours utile au malade et ne jamais faire d'opération inutile. La communication de M. Picqué a été très applaudie.

M. Vallon a lu un mémoire fait en collaboration avec M. Wahl et intitulé : « *La famille des paralytiques généraux* ».

Les auteurs ont trouvé chez les ascendants et les collatéraux d'un certain nombre de paralytiques généraux toutes les formes des maladies mentales. Ils ont par conséquent constaté l'hérédité congestive et vésanique; ils n'admettent pas que la paralysie générale soit une maladie à part, et, d'après leurs conclusions, les paralytiques généraux procréent des enfants voués aux maladies mentales comme les autres aliénés.

Ce mémoire a soulevé une discussion à laquelle ont pris part MM. Toulouse, Régis et Doutrebente. Pour M. Régis, les paralytiques généraux sont tarés autrement que les vésaniques.

M. Blin a présenté un nouveau craniomètre permet-

©BIUM

tant de déterminer graphiquement chacun des points de la calotte cranienne sur le vivant. Ce craniomètre porte le nom de campylogramme cranien. Cet instrument paraît fort ingénieux. M. Blin a montré des circonférences prises avec une exactitude bien supérieure à ce qu'on obtient par le conformateur des chapeliers. En outre, ce craniomètre permet de prendre des mensurations sur différents plans, et M. Briand a signalé que c'était un instrument appelé à rendre des services en déterminant les diverses déformations craniennes.

M. Sutherland a lu en anglais un mémoire sur le placement des aliénés dans les familles. Ce mémoire a provoqué une discussion sur les avantages et les inconvénients des colonies familiales, discussion à laquelle ont pris part Sir John Sibbald, MM. F. Beach, Clark Bell, Marie, Bajenoff, Toulouse, Doutrebente, Giraud.

M. Hartenberg a lu un travail sur une méthode de traitement de certaines phobies. Il institue d'abord un traitement organique, et il combat la peur par des exercices d'accoutumance, après avoir affirmé au malade que la guérison est obtenue.

M. Parisot, de Nancy, a fait une communication très intéressante sur les hallucinations visuelles complémentaires observées chez des amputés. Ces amputés voyaient leur membre absent. Il faut pour cela qu'il y ait déjà la sensation du membre fantôme. Dans une observation, l'excitation d'un névrome du moignon provoquait l'hallucination. Dans d'autres observations, on obtenait, avec des verres colorés, le renforcement, la diminution ou la disparition de l'hallucination.

M. Régis a apporté une note sur le délire consécutif aux brûlures graves. Sa conclusion est que les brûlures graves et étendues peuvent donner naissance à des troubles psychiques se manifestant sous la forme de confusion mentale avec délire à type onirique ; que c'est là

©BIUM

un argument de plus à l'appui de l'opinion que le délire onirique est le délire caractéristique des intoxications quelles qu'elles soient.

La séance a été terminée par une communication de M. Brunet sur l'idiotie morale et sa fréquence dans la descendance des aliénés. D'après M. Brunet, l'idiotie morale est une dégénérescence cérébrale qui ne ressemble en rien à l'état sauvage de nos ancêtres. L'idiotie morale s'accompagne très souvent d'une certaine faiblesse intellectuelle; mais on l'a rencontrée aussi chez des personnes douées de la plus haute intelligence. Les individus qui en sont atteints sont un danger pour la société et devraient être placés dans des maisons spéciales.

Une dernière séance a été consacrée, le jeudi 9 août, dans la matinée, à la suite des communications portées à l'ordre du jour. L'étendue déjà donnée à cette chronique me force de résumer brièvement les communications de cette dernière séance ; j'en demande pardon aux auteurs.

MM. Roubinovitch et Vlavianof ont apporté une contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale. Existe-t-il une confusion mentale idiopathique exempte de tout état psychique antérieur ou de toute infection antérieure? les auteurs ne le croient pas.

M. Blin a lu un mémoire intitulé : « Contribution à l'étude de l'hérédité dans les états mentaux de l'enfance ». Il distingue l'hérédité vésanique, l'hérédité nerveuse, l'hérédité alcoolique.

M. Maurice Faure a fait une communication sur l'importance des lésions hépatiques dans le cas de délire au cours des maladies infectieuses. Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Doutrebente, Briand, Rey.

©BIUM

MM. Marie et Toulouse ont déposé un vœu pour l'isolement et le traitement des aliénés tuberculeux dans les asiles, en pavillons spéciaux pour un asile ou en sanatoria pour plusieurs asiles.

Ce vœu a été adopté.

M. Briand a déposé le vœu de changer le nom d'asile d'aliénés pour celui d'hôpital. La question, étant nationale, n'a pas été mise aux voix.

M. le Dr Gustave d'Olah, de Budapest, a lu un mémoire sur le passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés.

Mlle Robinovitch, de New-York, a lu un travail intitulé : « Rapport entre la criminalité des enfants et l'alcoolisme des parents ».

M. Doutrebente a déposé un mémoire sur les conditions d'avancement du personnel administratif des asiles d'aliénés et a demandé le renvoi de cette question au Congrès de Limoges, en 1901.

M. Lapointe a lu un mémoire intitulé : « Du travail comme moyen de traitement des aliénés, et spécialement du travail agricole à la colonie du Verger, annexée à l'asile d'aliénés d'Auxerre ».

MM. Marie et Toulouse ont apporté un mémoire sur les responsabilités pénales et civiles dans les cas de placements familiaux d'aliénés. Ce mémoire a motivé des observations de M. Doutrebente.

Enfin, M. Taty a présenté l'examen de la moelle cervicale d'un chien atteint de rage et a montré des photographies de coupes faites dans le laboratoire de M. Pierret. L'intérêt de ces photographies consistait en ce qu'on les avait obtenues colorées directement par le procédé Lumière.

L'ordre du jour étant épuisé, M. Magnan a, au nom du Congrès, adressé des remerciements aux rapporteurs.

©BIUM

Il a constaté qu'en dehors des questions mises à l'ordre du jour par le Comité, de nombreuses communications avaient été apportées. On a fourni une grande somme de travail, et, en même temps, on a noué avec les confrères étrangers des relations qui resteront. M. Magnan a terminé en remerciant M. Ritti, le dévoué secrétaire général, pour son zèle et sa patience.

Sur la proposition de M. Ritti, des remerciements ont été adressés au président et au secrétaire général du Congrès de médecine et au directeur de l'École de pharmacie pour leur intervention dans l'organisation de la section de psychiatrie.

M. Meschede a remercié de l'accueil fait aux étrangers. La session a été déclarée close.

J'ajouterai un mot : les membres français du Congrès se sont donné rendez-vous pour l'année 1901 à Limoges.

Une dernière excursion avait été organisée pour visiter la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Malgré la réception du Congrès par M. le président de la République à l'Elysée, un groupe important de congressistes, invités par le département de la Seine, se sont réunis à la gare d'Orléans, le vendredi matin, 10 août, sous la conduite de M. de la Moutte, représentant M. le préfet de la Seine, et de M. le Dr Marie, ancien directeur et fondateur de la colonie familiale. Un wagon-salon avec buffet attendait les congressistes à la gare de Bourges. A une heure et demie, les congressistes, au nombre de vingt-neuf, ont visité une trentaine de placements familiaux et gagné l'installation centrale de la colonie. M. le Dr Dupain, directeur, et les médecins de la colonie ont fait les honneurs d'une collation servie dans la section économique, d'un type nouveau et original, véritable modèle de section pour alités, et due à la collaboration de l'architecte de la co-

©BIUM

lonie avec M. le Dr Marie. La musique des nourriciers a joué les hymnes nationaux et donné une sérénade au Congrès, qui a regagné à 5 h. 30 son train spécial. Après un banquet offert à Bourges par la Colonie, les membres du Congrès sont rentrés à Paris à 11 h. 50. C'était la clôture définitive.

A. Giraud.

©BIUM

Psychologie morbide.

HISTOIRE

DES

SUGGESTIONS RELIGIEUSES

DE FRANÇOIS RABELAIS

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

Suite (1).

CHAPITRE V

François Rabelais, prêtre.

Afin que les moines ne fussent pas obligés, pour faire célébrer la messe dans leurs monastères et pour recevoir les sacrements, d'appeler des prêtres du dehors, les papes Rainieri (Paschal II) et Gui de Bourgogne (Calixte II) leur avaient ouvert la prêtrise.

François Rabelais fut ordonné prêtre à Fontenay-le-Comte, en 1519. Il avait environ vingt-quatre ans, âge requis. Cette ordination impliquait la réception préalable de la confirmation, de la tonsure, des quatre ordres mineurs, du sous-diaconat et du diaconat. Nous allons

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1900.

©BIUM

le suivre dans ces diverses étapes de la suggestion sacrée.

La *confirmation* ne devait être donnée qu'aux sujets baptisés ayant atteint ce qu'on appelait « l'âge de raison », c'est-à-dire sept ans! Toutefois il était permis de l'administrer aux possédés (hystériques et épileptiques), aux fous furieux et aux idiots. Elle avait pour effet le perfectionnement de la grâce baptismale, qui permettait de résister aux tentations de la chair et du monde, l'attribution de la grâce sanctifiante et le don du Saint-Esprit. Elle empêchait de rougir de l'évangile, et donnait le pouvoir de le professer, même au péril de la vie. La cérémonie était publique. L'évêque posait ses mains sur la tête du sujet (imposition des mains), lui faisait sur le front le signe de la croix avec le chrême, mélange d'huile et d'opobalsame, et lui donnait un léger soufflet afin de lui apprendre à souffrir pour sa foi. Tel était le rite.

Pour être tonsuré, il fallait avoir reçu la confirmation, et être un chrétien parfait, instruit dans les dogmes de la religion et dans les règles de la morale chrétiennes. La tonsure était donnée par l'évêque en cérémonie publique. Il invitait les assistants à prier Jésus-Christ pour l'ordinand « afin qu'il lui donnât son Saint-Esprit », et « qu'il défendît son cœur des embarras du monde et des « désirs du siècle (1) ». On chantait le psaume XV, où le psalmiste proteste de s'attacher uniquement à Dieu. Puis l'évêque coupait une mèche de cheveux à la victime, qui prononçait ces paroles tirées du même psaume : « Seigneur, vous êtes ma portion. C'est vous qui me rendez mon héritage! » Le prélat lui passait alors le surplis, en suppliant Dieu de le « délivrer de la servitude et de l'ignominie de l'habit séculier (2) ». Le ton-

(1) Abbé Fleury. *Institutions au droit ecclésiastique.*
(2) Abbé Fleury. *Loc. cit.*

©BIUM

suré, ou simple clerc, n'avait d'autre fonction que d'assister en surplis aux offices de l'Église. Mais il pouvait suppléer les minorés.

Les quatre ordres mineurs étaient ceux de portier, de lecteur, d'exorciste et d'acolyte. Ils étaient conférés par l'évêque ou par le supérieur du couvent.

Le *portier* gardait l'église jour et nuit, et la fermait à certaines heures, ainsi que la sacristie. Il avait soin de sa propreté et de sa décoration, empêchait les infidèles d'y entrer et de troubler l'office, veillait à ce que les assistants se tinssent à leur rang, le peuple séparé du clergé, les hommes séparés des femmes, faisait observer le silence et la modestie, et ouvrait le livre du prédicateur. D'ailleurs on pouvait recevoir cet ordre sans en remplir les fonctions, qui n'étaient d'ordinaire confiées qu'à des hommes d'un âge mûr.

Le *lecteur* gardait les livres sacrés, lisait pour celui qui prêchait, chantait les leçons, servait de secrétaire aux évêques et aux prêtres, s'instruisait en lisant et en écrivant sous eux, bénissait le pain et les fruits nouveaux.

L'*exorciste* faisait faire place à ceux qui désiraient communier, et versait l'eau pour le ministère. C'était de plus un suggestionneur de profession. Par l'imposition des mains et la récitation des formules, il délivrait du démon les énergumènes, et aussi les catéchumènes qui, en tant qu'infidèles, étaient considérés comme possédés. Bien plus, l'évêque, en l'ordonnant, lui attribuait la grâce de guérir les maladies vulgaires, et il guérissait évidemment toutes celles qui relevaient de la thérapeutique suggestive. Les médecins qui l'ont pratiquée, et qui ont pu se rendre compte de l'émotion que provoquent dans les familles les guérisons de ce genre, comprendront de quel secours elles pouvaient être à la foi.

L'*acolyte* servait à l'autel sous les diacres, portait les

©BIUM

chandeliers, allumait les cierges, jetait l'encens dans l'encensoir, préparait le vin et l'eau pour le sacrifice, portait le pain bénit et faisait les messages.

Telles étaient, au début, les fonctions afférentes aux quatre ordres mineurs. Il est vrai que, dans la suite, leur obtention ne devint plus qu'une formalité nécessaire pour parvenir aux trois ordres majeurs, le sous-diaconat, le diaconat et la prêtrise. J'ignore à quelle époque eut lieu cette décadence, qui, selon toute probabilité, fut plus tardive dans les couvents qu'en dehors de leurs murs.

Un moine ne pouvait être sous-diacre sans être *profès*. Faire profession, c'était prononcer publiquement les trois vœux solennels de pauvreté, de chasteté et d'obéissance, et en signer l'acte écrit de sa main. Toutefois on admit longtemps une profession tacite, qu'on présumait quand une personne avait été plus d'un an dans un monastère, portant l'habit de religieux profès. Pour faire profession, il fallait porter l'habit, avoir traversé le temps du noviciat prescrit par la règle, et avoir quatorze ans accomplis, à moins qu'on ne fût oblat. Chez les franciscains, la profession était autorisée par le ministre provincial, et faite dans le couvent auquel on se destinait entre les mains du gardien. La cérémonie de la profession était des plus impressionnantes. Tout concourait à émouvoir profondément le sujet, les paroles, les chants, l'attitude, la physionomie des assistants en proie eux-mêmes à la psychose religieuse. La puissance du verbe s'y manifestait. L'autosuggestion et l'hétérosuggestion agissaient ensemble. Qui a pu suivre, libre d'esprit, une cérémonie de ce genre, en sort convaincu qu'il vient d'assister à la genèse d'un cas pathologique et qu'il a vu évoluer devant lui une colonie de délirants.

Les conditions requises pour recevoir le *sous-diaconat*

©BIUM

étaient d'avoir dix-huit ans accomplis, d'être pourvu des ordres mineurs, et de présenter une attestation de bonnes mœurs signée de son curé et des maîtres sous lesquels on avait étudié. L'évêque, ici l'évêque de Luçon, faisait examiner les candidats sur la religion et les canons par des prêtres. Lors de l'ordination, on invoquait le suffrage de tous les saints pour l'ordinand, qui se prosternait aux pieds de l'évêque, restait quelque temps dans cette position, puis se mettait à genoux et écoutait le prélat l'instruire de ses fonctions. Il avait acquis le droit de toucher les vases sacrés et les linges de l'hostie. Il était chargé de laver les nappes de l'autel et les corporaux, de jeter l'eau de lavage dans le baptistère, de mettre sur l'autel le nombre d'hosties nécessaire à la communion, de présenter au diacre le calice, la patène et la burette de vin, de verser l'eau dans le calice, et de donner à laver au prêtre. Il était tenu de chanter l'épître, et de dire chaque jour tout l'office de l'église.

Le *diacre* devait avoir vingt-trois ans accomplis et avoir été sous-diacre pendant un an au moins. Après la cérémonie de la prostration, qui, pour les moines, avait eu lieu déjà lors de la profession, et où, couché à plat ventre sur le pavé du sanctuaire, il écoutait les assistants chanter avec un accent lugubre les litanies et les prières de la pénitence, l'évêque faisait sur lui l'imposition des mains en disant : « Recevez le Saint-Esprit pour avoir la force de résister au diable et à ses tentations ». Dans l'espèce, le Saint-Esprit et le diable se manifestaient par les messages qu'envoient aux neurones conscients les neurones du domaine de l'inconscient, domaine immense chez les hystériques, dont la masse neuronienne hyperplastique et hyperamiboïque (1) a toujours tendance à se désagréger.

(1) J'essaierai de démontrer que les phénomènes dits hystériques

©BIUM

Le diacre remplissait certaines fonctions accessoires dans le baptême. Il était chargé de l'instruction et de la préparation des catéchumènes. Il récitait des prières pour eux, ainsi que pour les énergumènes et les pénitents. Dans le service eucharistique, il préparait l'autel, y déposait les vases sacrés, ainsi que l'eau nécessaire aux ablutions, et recevait de l'officiant les hosties consacrées, pour les remettre aux présents ou les porter aux absents. Il récitait la post-communion, avertissait les fidèles du commencement et de la fin de chaque liturgie, et invitait ceux qui ne devaient pas y assister à sortir. Il pouvait enfin, avec l'autorisation de l'évêque, baptiser, administrer l'eucharistie, lire l'évangile et prêcher.

Le *prêtre* devait avoir vingt-quatre ans accomplis, être diacre depuis un an au moins, et avoir été reconnu propre à administrer les sacrements et à instruire le peuple. On choisissait les prêtres parmi les diacres, « dont la foi, la prudence et la force étaient le plus connues (1) ».

Nous voilà fixés sur le succès des suggestions appliquées à François Rabelais. Je doute qu'il ait été jamais dévot. Sa constitution l'en préservait. Mais il eut la foi, et une foi profonde, comme l'attestent plusieurs passages de ses œuvres.

Pendant la cérémonie de l'ordination, l'évêque disait au prêtre, entre autres choses : « Il faut monter à ce degré avec une grande crainte... Les prêtres doivent aimer la mortification, par la considération du mystère de la mort de Jésus-Christ qu'ils célèbrent ; être, par leur instruction, les médecins spirituels du peuple

---

résultent d'une régression, sous l'influence d'un traumatisme ou d'un poison, des neurones qui, se rapprochant ainsi de l'état monoplastidaire, présentent un amiboïsme extrême ; ce caractère acquis étant d'ailleurs héréditaire.

(1) Fleury. *Lot. cit.*

©BIUM

de Dieu ; réjouir l'Église par l'odeur de leur sainte vie, et l'édifier par leur prédication et leur exemple (1). » Il faisait sur lui, ainsi que tous les prêtres présents, l'imposition des mains, lui remettait les ornements sacerdotaux, et disait une prière où l'on lisait : « Seigneur, auteur de toute sainteté, donnez-lui votre bénédiction afin que, par la gravité de ses mœurs et la sévérité de sa vie, il se montre vieillard, ... afin que, méditant jour et nuit votre loi, *il croie ce qu'il lira, il enseigne ce qu'il croira, et pratique ce qu'il enseignera.* » Il lui oignait les mains avec de l'huile d'olive bénite, « afin que ces mains fussent capables de bénir, de consacrer et de sanctifier (2) », lui donnait à toucher le calice plein de vin et la patène, et lui faisait célébrer et consacrer la messe avec lui. Après la communion, le nouveau prêtre se levait, et, « pour professer publiquement la foi qu'il devait prescher (3) », récitait le symbole des apôtres. Il se mettait enfin à genoux devant l'évêque, qui faisait sur lui une seconde fois l'imposition des mains en disant : « Recevez le Saint-Esprit. Ceux à qui vous remettrez les péchés, ils leur seront remis ; et ceux à qui vous les retiendrez, ils leur seront retenus. » Dès lors le suggestionné devenait suggestionneur à son tour. Un nouveau centre d'agrégation religieuse était créé.

Le prêtre administrait le baptême, l'eucharistie et l'extrême-onction. Il bénissait les époux, le lit nuptial, les femmes relevées de couches, les fonts, l'eau, le pain et les fruits nouveaux. Il disait la messe, conduisait les processions, assistait aux sépultures, faisait les prières au nom de tous dans les assemblées ecclésiastiques, et, par approbation spéciale de l'évêque, recevait la confession et administrait le sacrement de la pénitence.

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*

©BIUM

On est en droit de supposer que François Rabelais fut tonsuré à la Basmette, qu'il accomplit son année de noviciat et fit profession vers l'âge de quatorze ans, en entrant au couvent de Fontenay-le-Comte, et qu'il reçut les ordres mineurs et le sous-diaconat entre quatorze et dix-neuf ans. Il fut ordonné diacre à vingt-trois ans et prêtre à vingt-quatre ans.

Les prêtres franciscains ne pouvaient célébrer la messe que dans l'église de leur couvent; mais ils avaient le droit d'administrer l'eucharistie et la pénitence à tous les fidèles qui s'y présentaient. Le pape Savelli (Benoit II) leur avait en outre permis de prêcher au dehors. A ce sujet, Bernardone (1) disait dans sa règle:

« Que les Frères qui seront admis à la Prédication ne s'ingèrent de prescher en aucun Evesché, sans le consentement de l'Evesque; et que nul Frère ne soit si osé de prescher au peuple que le Ministre général ne l'ait auparavant examiné et approuvé, et ne lui ait concédé l'office de prédication (2). » Plus tard le pape Ugolino (Grégoire IV) avait décidé que les moines mendiants destinés à la prédication seraient désignés par les chapitres provinciaux. Cette désignation constituait un nouvel indice de foi et de piété.

Or, François Rabelais prêcha vers vingt-quatre ans, et avec succès. De plus, dans une supplique adressée par la suite au pape, il déclare qu'il vaquait souvent au ministère de l'autel.

---

(1) Le véritable nom de saint François d'Assise était Giovanni Bernardone, qu'on a traduit en français par Jean Bernardon.

(2) *Règle des Franciscains*, traduite par Jean Blancone.

©BIUM

CHAPITRE VI

Les études de François Rabelais.

Au couvent de Fontenay-le-Comte, François Rabelais se lia avec un moine laborieux, Pierre Amy ou Lamy, l'un des correspondants de Guillaume Budé.

Comme beaucoup de penseurs de cette époque, Guillaume Budé cultivait plusieurs sciences et plusieurs arts. Il était à la fois mathématicien, naturaliste, linguiste, historien, philosophe, théologien, médecin et juriste.

En vertu de cette loi : *La foi est en raison inverse de la science*, ses croyances avaient eu à souffrir de ses études. Il avait peu d'estime pour la cour de Rome. En 1528, il essaya, sans succès, de sauver l'hérétique Louis de Berquin, condamné au supplice du feu. Et il voulut être enterré de nuit, sans semonce, sans proclamation et sans pompe, nouvel indice d'hérésie. Au surplus, après sa mort, sa femme et ses enfants embrassèrent le protestantisme.

François Rabelais entra en relations avec Guillaume Budé, qui écrivait à Pierre Amy : « Saluez de ma part votre frère en religion et en *science*, Rabelais » ; et encore : « Saluez quatre fois en mon nom le *docte* et gentil Rabelais ou de vive voix, s'il est prés de vous, ou par missive, s'il est absent. » D'ailleurs une lettre adressée directement à ce dernier montre assez en quelle estime l'illustre helléniste tenait l'obscur franciscain.

Fontenay-le-Comte était alors un petit centre intellectuel. François Rabelais s'y fit des amis distingués.

C'était Jean Brisson, avocat du roi. S'il faut en croire Colletet (1), plusieurs membres de la famille Brisson excitaient Rabelais « à jeter le froc aux orties ».

---

(1) Colletet. *Vies des poètes*.

©BIUM

C'était André Tiraqueau, juge, puis lieutenant général au bailliage, « le bon, le docte, le saige, le tant humain, tant débonnaire et équitable André Tiraqueau » (1), que Brisson appelait « le Varron de son siècle », et qui, dans son traité des *Lois du mariage*, invoquait l'autorité de Rabelais, plus jeune que lui de quinze ans.

C'était Briand Vallée, alors président du tribunal de Poitiers, et qui, plus tard, conseiller au parlement de Bordeaux, défendit Jules-César Scaliger et sa famille contre un inquisiteur qui l'accusait d'avoir mangé gras en carême et d'avoir émis quelques opinions frisant l'hérésie.

C'était Aimery ou Amaury Bouchard qui, dans la suite, prit parti pour la Réforme, s'attacha à Antoine de Bourbon, roi de Navarre, et fit appeler plusieurs protestants à la cour de Nérac, entre autres Théodore de Bèze.

Ces hommes, on le voit, étaient relativement libres. Ils ne furent pas sans influer sur l'évolution de François Rabelais.

Il était aussi entré de nouveau en relations avec son ancien condisciple de la Basmette, Geoffroy d'Estinac, qui avait obtenu à vingt-trois ans le siège épiscopal de Maillezais. Ce prélat d'occasion, spirituel et lettré, lui prêtait des livres.

Dans un tel milieu, et avec de telles ressources, l'intelligence de François Rabelais ne pouvait manquer d'entrer en action.

C'était l'époque où l'on commençait à mettre au jour les manuscrits latins oubliés au fond des cloîtres, et où les lettrés grecs, jetés comme une semence par l'ouragan turc sur l'Europe occidentale, lui révélaient les chefs-d'œuvre de leurs ancêtres. Une germination puissante et mystérieuse soulevait le monde barbare.

(1) Rabelais, IV. 37.

©BIUM

Au point de vue artistique, la Renaissance fut pour nous une époque néfaste. Un art étranger, magnifique, mais né dans la lumière et fait pour la lumière, se substitua à notre merveilleux art autochtone. Celui-ci nous avait donné Notre-Dame de Paris, l'Hôtel de Cluny, la maison de Jacques Cœur. Le nouvel art gréco-latin nous donna le Val-de-Grâce et la Bourse ! Mais au point de vue scientifique, la Renaissance fut, avant le siècle qui vient de finir et celui qui commence, la plus grande époque de notre histoire (1). Cinquante ans après la découverte de Guttemberg, il s'imprimait autant de livres en un jour qu'il s'en copiait naguères en une année. On eût dit que l'humanité s'éveillait d'un long sommeil. Son élan vers la vérité fut indomptable. Elle ne s'est pas arrêtée depuis, et elle ne s'arrêtera plus. Après la Renaissance, la Réforme. Après les Encyclopédistes, la Révolution. Après le grand effort scientifique du dix-neuvième siècle, la paisible Régénération sociale du vingtième.

Ce mouvement de la Renaissance fut admirable. A peine les œuvres d'Aristotelès sont-elles connues, qu'Arnauld de Villeneuve, aspirant à de nouvelles conquêtes, proclame la suprématie de l'expérimentation sur le texte, et que Roger Bacon écrit : « La magie n'est rien. L'esprit humain peut tout en se servant de la nature. » D'ardents pionniers envahissent tous les territoires. Lucas Paccioli traduit Eucleidès. Régiomantanus compose le premier traité de trigonométrie. Galiléi cherche à se reconnaître dans le ciel de Ptolémaios. Léonardo da Vinci devine le système planétaire. La géographie de Strabo ne satisfait point les Marco Polo, les Christoforo Colombo

(1) La fédération des armées européennes en Orient nous permet, dès maintenant, de dire « notre histoire » en parlant de l'Europe et de la race Aryenne.

©BIUM

et les Pedro Alvarez Cabral. Après Dioskoridès et Plinius, voici Nattioli, Alpino, Cesalpini, Aldobrandino, Rondelet. Après Galenus, Vesale, Fallopio et Fabrizio (d'Aquapendente).

Comment un homme comme François Rabelais serait-il resté indifférent à un mouvement pareil? Comment un cerveau aussi bien construit n'eût-il pas été mis en branle par un tel courant? Antoine Leroy nous raconte qu'au lieu de verser à la communauté l'argent que lui rapportaient ses prédications, il l'employait à s'acheter des livres; et nous l'imaginons aisément travaillant avec la passion de ce penseur qu'il nous montre « toutes les artères du cerveau bandées comme la corde d'une arbaleste » (1). Ce fut certainement pendant les quatorze ou quinze ans de son séjour au couvent de Fontenay-le-Comte, qu'il acquit la plus grande partie de ses connaissances. Elles étaient considérables. Dans son œuvre, il cite trois mathématiciens, trois astronomes, six géographes ou explorateurs, trois naturalistes, vingt et un linguistes ou rhéteurs, vingt-trois historiens ou archéologues, seize médecins, un économiste, onze juristes, cinquante-sept poètes, romanciers ou dramaturges, trente-quatre philosophes, un occultiste, vingt théologiens et huit polygraphes : en tout, deux cent soixante-huit auteurs ou ouvrages différents.

Il écrivait, le 1er septembre 1534 : « Il n'y a pas en Italie de plantes et d'animaux que nous n'ayons vus et notés auparavant, sauf un seul platane. »

Il savait tout ce qu'on pouvait alors savoir en anatomie et en physiologie humaines et animales. André Tiraqueau le disait « très savant en grec et en latin», et Guillaume Budé « remarquable par une singulière connaissance des

(1) III, 31.

©BIUM

deux langues. » Il met dans la bouche de Panurge des discours en italien, espagnol, basque, allemand, danois, hollandais et anglais. On sait avec quel art il maniait la langue française, patois et argots compris. Il connaissait parfaitement l'histoire grecque et l'histoire latine. Il était au courant des affaires barbaresques et turco-persanes de son temps. La mythologie ni la magie ne lui étaient étrangères. Etienne Dolet le proclamait « savant médecin » et Budé, juriste érudit. Il avait des notions d'art naval et d'art militaire, et il parle avec une aisance parfaite chevaux, costumes et jeux. « C'est, déclarait Pierre Amy, le plus érudit de nos frères mineurs ». « En toute clergie, tu es expert », lui disait Jean Bouchet. Et voici une nouvelle appréciation d'André Tiraqueau qui résume tout : « François Rabelais, frère mineur, d'une habileté consommée dans les langues latine et grecque et dans toutes les sciences, au-dessus de ce qu'on attendrait de son âge, et en dehors des habitudes ou plutôt des scrupules excessifs de son ordre. »

Mais, ne l'oublions pas, François Rabelais n'était qu'un érudit. Il y avait encore, à l'époque où il vivait, de trop grands vides entre les acquisitions des sens et du raisonnement pour qu'on pût les coordonner. Or la science ne commence qu'à la coordination des idées. A tout prendre, les dogmes religieux ne devaient point lui paraître plus disparates et plus contradictoires que les faits recueillis par les écrivains de l'antiquité et de son temps. Si, de nos jours, on voit des savants distingués conserver, pourvu toutefois qu'ils ne se soient pas occupés d'hiérologie comparée et d'hypnotisme, les croyances qui leur ont été suggérées dans leur enfance, comment veut-on que François Rabelais ait pu totalement écarter de son esprit des idées dont il était alors impossible de démontrer rigoureusement l'absurdité et

©BIUM

qui ne cessaient de l'assaillir ? Pour beaucoup d'entre elles, il s'en tint sans doute à ce que disaient les spécialistes en la matière, les poètes de la Bible, les évangélistes, les Pères, les théologiens.

Les vérités sensorio-rationnelles n'étaient pas encore assez puissantes pour dissiper la brume religieuse qui l'enveloppait. Elles y firent du moins de larges trouées.

(*A suivre*).

©BIUM

Pathologie

SUR LA

FOLIE GÉMELLAIRE

Par le Dr Serge SOUKHANOFF

Privat docent et médecin assistant à la clinique psychiatrique de Moscou,

Sous le nom de folie gémellaire, en général, nous comprenons toutes les lésions psychiques qui peuvent se développer chez les jumeaux. Le nombre de ces cas n'est pas grand dans la littérature, puisqu'on n'en rencontre pas évidemment souvent. Antonio Marro, dans son ouvrage (1893), rassembla vingt et un cas de ce genre, en y ajoutant deux observations personnelles; mais il faut remarquer que Marro attribue la description du premier cas concernant la psychose gémellaire à Rush et non à Moreau (de Tours) qui est considéré par tout le monde comme le premier auteur qui a décrit un cas de folie gémellaire.

Dans la littérature, que j'ai pu recueillir, j'ai trouvé des indications sur vingt-neuf cas de folie gémellaire. Je me permets de faire ici de courtes indications concernant ces cas, si rares dans la littérature.

I. — *Observation de Rush* (1) (1812). — Frères jumeaux, dont la mère était atteinte d'une maladie mentale et les deux

(1) Rush. *Medical inquiries and observations upon the diseases*

©BIUM

sœurs avaient la mélancolie et une impulsion au suicide; tous les deux avaient la mélancolie aussi et finirent leur vie par un suicide, bientôt l'un après l'autre; la maladie débuta chez eux simultanément.

II. — *Observation de Moreau (de Tours)* (1) (1859). — Il est question de deux frères jumeaux, très ressemblants entre eux. Le tableau du trouble mental chez l'un et l'autre a aussi une grande ressemblance. L'auteur ne dit pas au juste leur âge, mais il les nomme simplement jeunes gens. Tous les deux étaient atteints d'un délire de persécution avec hallucinations auditives; ils avaient un air très morose et répondaient peu aux questions qu'on leur adressait.

Parfois un changement s'opérait chez les malades; de temps en temps ils sortaient de l'état de stupeur qui leur était habituel et commençaient à prier de les laisser revenir à la maison. Cet état de ranimation coïncidait chez l'un et l'autre jumeau, même lorsque l'un se trouvait à Bicêtre et l'autre à l'asile de Sainte-Anne. Leur hérédité est telle : mère aliénée, tante maternelle en traitement à la Salpêtrière; chez l'un de leur neveux on remarquait un développement incomplet de la moitié gauche du corps.

III. — *Observation de Baume* (2) (1863). — Chez deux frères jumeaux, Martin et François, âgés de cinquante ans, après une secousse morale (perte d'un argent commun), se développa un trouble mental aigu. Martin, dans un accès de maladie, faillit se noyer, mais il fut sauvé par son fils qui le guettait; puis il fut placé dans un hôpital, où il mourut bientôt, après un état d'agitation très grand, pendant lequel il se heurta très fort. François aussi dans un accès de maladie se jeta dans l'eau dans la même rivière et succomba.

Baume porte l'attention sur cela, que la maladie chez les deux frères débuta en même temps et présentait un tableau tout à fait identique; les deux frères avaient une impulsion au suicide, tous les deux se sont jetés dans l'eau, dans un même endroit. Point d'hérédité.

---

of the mind, Filadelfia, 1812. Voyez « *Della pazzia gemellare* », par Antonio Marro.

(1) J. Moreau (de Tours). *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel*, 1859, Paris, pp. 139 et 172.

(2) Baume. *Annales médico-psych.*, année 1863, t. I, p. 312. Voyez « *De la folie gémellaire* », par Ball.

©BIUM

IV. — *Observation de Ch. Lasègue et J. Falret* (1) (1877). — Des sœurs jumelles, âgées de quarante et un ans, ayant peu de ressemblance extérieure. L'une d'elles, Lucile, se maria à l'âge de dix-sept ans et fut très heureuse dans sa vie conjugale. Quelque temps avant sa maladie, elle perdit sa fortune dans une affaire qui échoua; en outre, meurt bientôt son mari. Alors, elle se rend chez sa sœur jumelle, Joséphine, mariée très malheureusement à un homme de mauvaise conduite qui l'amena à la prison, ce qui la dérangea totalement. Joséphine devient malade avant Lucile; elle éprouve une peur, une angoisse, commet des actes très étranges, qui prouvent qu'elle a la conscience troublée. Quelque temps après se développe une psychose chez Lucile, qui, peut-être, gagne au commencement la maladie de sa sœur. Toutes les deux sont placées dans différents hôpitaux d'abord, puis elles entrent dans le même hôpital. Joséphine eut un état de manie avec délire incohérent; cet état avait des oscillations; à la vue de sa sœur, Lucile devenait aussi agitée, mais ensuite, lorsqu'elle fut privée de la possibilité de voir et d'entendre sa sœur, elle devint bientôt calme.

Point d'indication concernant l'hérédité.

V. — *Observation de Clifford Gill* (2) (1889). — Il s'agit de deux sœurs jumelles, âgées de vingt ans; au moment du début de leur maladie elles demeuraient dans des endroits différents (leur frère est d'un esprit faible et a été atteint d'un accès de manie, la sœur aînée semble être une aliénée, le frère cadet est débile).

Chez l'une d'elles, M. L. W., apparaît un état maniaque qui après une certaine amélioration se compliqua d'une excitation avec hallucinations, après quoi une période proche de la normale, à laquelle succéda un état dépressif avec refus de manger; la phase de la dépression fut de nouveau remplacée par un état maniaque compliqué d'une certaine maladie physique pendant laquelle la malade se trouvait dans un état très grave; elle eut encore deux fois des accès d'excitation. La malade fut observée à l'hôpital depuis 1879 jusqu'à 1883.

La maladie de la seconde sœur, A. L. W., ressemblait à

---

(1) Ch. Lasègue et J. Falret. La folie à deux ou folie communiquée, *Annales médico-psychol.*, 1877, série 5e, t. XVIII, pp. 321-355.

(2) Clifford Gill. Twins suffering from Mania, *Journal of mental science*, 1883, January, pp. 540-544.

©BIUM

celle de la première ; mêmes améliorations, mêmes rechutes, seulement sans la complication observée chez l'autre sœur jumelle; mais en somme la maladie de A... dura moins longtemps que chez M...; A... devint malade plus tard et se rétablit plus tôt.

VI. — *Observation de Savage* (1). — Des sœurs jumelles de vingt-huit ans. Chacune d'elles avait eu trois enfants; toutes les deux eurent une mélancolie avec stupeur. L'une d'elles devint malade un demi-mois plus tôt que sa sœur. Le tableau de leur maladie avait une grande conformité.

VII. — *Observation de Savage* (2) (1883). — L'auteur dit, en passant, qu'il connaissait deux jumeaux dont l'un avait une psychose; l'autre l'épilepsie.

VIII. — *Observation de Flintoff Mickle* (3) (1883). — Frères jumeaux de quarante ans (père aliéné, frère et sœurs déments). Les frères jumeaux présentaient aussi dès l'enfance déjà une démence assez marquée; dans le moment de l'observation l'auteur note chez l'un et l'autre jumeaux un certain affaiblissement psychique; tous les deux avaient un caractère morose et étaient d'un grand égoïsme; l'un d'eux était parfois sujet à des accès de colère très forts. L'auteur dans sa conclusion note une grande ressemblance physique entre ces deux jumeaux et un degré presque égal d'imbécillité.

IX. — *Observation de Flintoff Mickle* (4) (1884). — Il s'agit de deux sœurs jumelles, dont l'une, s'étant mariée, partit pour l'Amérique. Voici en abrégé l'histoire de chacune d'elles :

a) M... W..., non mariée; elle avait subi il y a douze ans, un état de dépression qui dura plus de six mois. Quand elle eut vingt-neuf ans, de nouveau se développa chez elle un état de dépression, d'angoisse avec penchant au suicide; quelque temps après apparut un état d'excitation, ensuite encore un état dépressif, etc. L'histoire de sa maladie est assez courte, mais elle est rapportée depuis l'année 1865 jusqu'à 1883 ; dans une période la malade quatre fois est revenue à l'hôpital; plusieurs fois elle supporta un état de dépression et plus d'une fois eut un état

(1) G.-H. Savage. Twins suffering from similar attacks of melancholia, *The Journal of mental science*, 1883, January, pp. 539-540.

(2) Savage. *Ibidem.*

(3) Arthur Flintoff Mickle. Twines in similar states of imbecility, *The Journal of mental science*, 1883, octobre, pp. 400-401.

(4) Arthur Flintoff Mickle. Insanity of Twins suffering from melancholia, *The Journal of mental science*, 1889, april, p. 67-74.

©BIUM

maniaque; parfois elle avait des intervalles lucides; alors elle quittait l'hôpital.

b) Sa sœur jumelle devint malade à l'âge de quarante et un ans; la maladie a été provoquée par la perte de son mari; il se développa chez elle un état d'angoisse avec tendance au suicide; le tableau de sa maladie rappelait la phase dépressive de sa sœur. Son séjour à l'hospice dura depuis l'année 1877 jusqu'à l'année 1883; à en juger par l'histoire de sa maladie, elle se trouvait pendant ce laps de temps dans un état d'angoisse qui parfois devenait plus accentué. Dans le moment où l'observation des deux sœurs est achevée, elles se trouvent toutes les deux dans un état mélancolique analogue.

X. — *Cas de Ball* (1) (1884). — Il est question de deux sœurs jumelles avec phénomènes de manie aiguë et prédominance d'idées délirantes d'un caractère religieux, avec des hallucinations variées; la maladie débuta chez l'une et l'autre sœurs presque en même temps. Jusqu'à quatorze ans, les malades vivaient ensemble. Laure, ainsi que Louise, était d'une complexion forte et d'un tempérament sanguin. Les conditions matérielles et familiales de Louise étaient bien pires que celles de sa sœur jumelle. Lorsque les sœurs avaient vingt-neuf ans, le mari de Louise devint grièvement malade et, quelque temps avant sa mort, se manifesta chez elle une psychose aiguë à forme maniaque avec délire incohérent et grande excitation. Alors que Louise fut déjà placée dans un hôpital, devient malade sa sœur Laure; le caractère de sa maladie est tout pareil à celui de sa sœur. Cette observation n'est pas achevée; elle est interrompue après six mois de description de la maladie des deux sœurs. L'état d'excitation parfois s'affaiblissait pour quelque temps chez les deux malades. On ne dit rien concernant l'hérédité.

XI. — *Observation de M. Dowall* (2) (1884). — Frères jumeaux de dix-sept ans. Leur mère était une personne à ce qu'il paraît non normale, avec défauts moraux, vivait dans une maison de travail, où, probablement, ont reçu l'éducation ses deux enfants jumeaux. Tous les deux jumeaux avaient eu une

---

(1) B. Ball. *De la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux L'Encéphale*, 1884, t. IV, pp. 885-400.

(2) Dowall. Congenital mental defect with delusions of suspicion in twins (with portraits), *The Journal of mental science*, july, pp. 262-265.

©BIUM

débilité congénitale et des défauts moraux; chez les deux, sur ce terrain, se développèrent des idées de persécution avec hallucinations et actions aggressives. Tous les deux jumeaux, outre une asymétrie du crâne, avaient encore un goitre.

XII. — *Observation de Chatelain* (1) (1884). — Sœurs jumelles, très ressemblantes entre elles, qui ont passé leur vie dans des conditions identiques, tombent malades simultanément de mélancolie et se rétablissent en même temps aussi. La mort du mari de l'une d'elles provoqua l'apparition de la maladie; lorsque meurt le mari de la seconde, de nouveau toutes les deux deviennent malades. Y avait-il chez elles une prédisposition héréditaire? On ne le mentionne pas.

XIII. — *Observation de Mendel-Euphrat* (2) (1887-1888). — Il est question ici de sœurs jumelles dont l'une devint malade à trente-huit ans et l'autre à quarante ans; chez l'une et l'autre on diagnostiqua la paranoïa hallucinatoire érotique (leur père, alcoolique, mourut de delirium tremens). Elles se ressemblaient fort peu physiquement; mais elles vivaient l'une avec l'autre dans une intimité parfaite. Celle qui devint malade la première était d'une intelligence très développée; quant à la seconde, elle était le contraire de sa sœur sous ce rapport. La première, Laure S..., dans son enfance était très nerveuse; en se mariant, elle quitta bientôt son mari. Sa maladie mentale commença vers le milieu de novembre 1884, après des ennuis domestiques; elle eut diverses illusions et des idées délirantes de persécution d'un caractère érotique. En décembre 1884, elle fut soignée à la Charité, d'où on la fit passer à à Daldorf. En octobre 1886, elle disait que le diable était sorti d'elle.

Sa maladie agitait beaucoup sa sœur jumelle et faisait sur elle beaucoup d'impression; deux ans après, la seconde sœur devient malade aussi, le tableau de la maladie est très ressemblant à celui de sa sœur, elle a aussi un délire érotique avec sensations fausses; cela a eu lieu en octobre 1886.

XIV. — *Observation de Wendt* (3) (1887). — L'auteur a

---

(1) Chatelain. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1884, 6.

(2) Hugo Euphrat. Ueber das Zwillingsirresein, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1888, t. XLIV, pp. 198-208. Mendel. Ein fall von Zwillingsirresein, *Ibidem*, p. 488.

(3) Wendt. *Ibidem*, p. 488.

©BIUM

observé des sœurs jumelles, couturières, chez lesquelles on a constaté une légère forme de manie.

XV. — *Observation de Zinn* (1) (1887). — Il s'agit de deux jumeaux dont le père et la mère avaient une maladie mentale; tous les deux jumeaux était atteints d'un délire hallucinatoire; l'un d'eux devint malade pour un an et demi à deux ans plus tard que l'autre.

XVI. — *Observation de Hasse* (2) (1887). — Il est question ici de sœurs jumelles, qui toutes les deux avaient la mélancolie sur un terrain d'hystérie très marquée; l'une était mariée, l'autre non. Elles avaient vingt-six ans. Chez celle qui était mariée, la maladie débuta après les couches, et sa sœur avait, il y a six ans encore, un accès d'une maladie mentale semblable. Trois mois plus tard, la première sœur, c'est-à-dire celle qui était mariée, se sentit mieux; mais dès qu'elle apprit que sa sœur jumelle était devenue aussi malade depuis un mois et demi, son état empira. Chez toutes les deux le tableau clinique présentait beaucoup de ressemblance; toutes les deux avaient des hallucinations. (Leur mère souffre d'une mélancolie très grave.)

XVII. — *Observation de Schütz* (3) (1887). — Sœurs jumelles de quarante ans, Hélène et Agnès. Toutes deux ont souffert d'une psychose circulaire. L'auteur exclut ici la folie induite. L'aspect extérieur de la maladie est très ressemblant, quoique les accès ne coïncident pas; la phase mélancolique chez l'une d'elles n'atteignait pas une telle intensité comme chez l'autre. Le début de la psychose circulaire avait lieu chez l'une plus tôt que chez l'autre. La maladie chez l'une apparut pour la première fois il y a quinze ans, et chez la seconde un peu moins de vingt ans. On ne note point d'hérédité.

XVIII. — *Observation de Schütz* (4) (1887). — Il est question de deux sœurs jumelles, Laure et Ida. Toutes les deux avaient le délire systématisé; l'une devint malade à l'âge de trente-huit ans, la seconde deux ans plus tard à peu près. Chez toutes les deux, on observa des idées délirantes identiques

---

(1) Zinn. *Ibidem*, p. 489.
(2) Hasse. *Ibidem*, p. 489-490.
(3) H. Schütz. Beitrag zur Casuistik der Zwillingspsychosen (folie gémellaire) und des inducirten Irreseines (folie à deux), *Charité-Annalen*, Iahnarang XII, 1887, pp. 421-438.
(4) Schütz. *Ibidem*.

©BIUM

avec hallucinations. L'hérédité n'est pas indiquée. L'auteur nie la folie communiquée dans ce cas, puisque après le début de la maladie chez l'une des sœurs — la seconde pendant deux ans ne présentait aucun signe de trouble psychique et n'était pas en communication intime avec sa sœur, qui était placée dans un hôpital deux ans plus tôt.

XIX. — *Observation de Moravcsik* (1) (1888). — Il est question ici de deux sœurs jumelles, M... et Th..., qui devinrent malades l'une bientôt après l'autre ; elles eurent une manie aiguë. (Leur père était alcoolique et mourut d'un coup d'apoplexie, la tante maternelle est aliénée.) Au commencement de novembre de l'année 1888, Th... devient malade ; elle eut une manie aiguë avec excitation, insomnie et état d'agitation. Sa sœur jumelle, M..., la soigna pendant plusieurs jours, tant qu'elle ne fut pas placée dans un hôpital, car son état d'excitation devint plus grand. Bientôt après cela, M... commence à ressentir une angoisse et une peur, devient excitée, de sorte qu'on fut obligé de la placer elle aussi dans un hôpital, où elle fut très agitée au commencement, mais ensuite devint plus calme. Quelques mois plus tard, toutes les deux sœurs se rétablirent.

XX. — *Observation de Clouston-Savage* (2) (1888). — Chez des frères jumeaux, presque au même âge (près de trente-sept ans), se développèrent des phénomènes d'une faiblesse mentale en forme d'une paralysie générale. Ils furent séquestrés dans différents hospices ; l'un d'eux mourut trois mois à peu près plus tôt que son frère. Il existait dans leur famille une prédisposition aux névroses.

XXI. — *Observation d'Ostermayer* (3) (1892). — Frères jumeaux, Emile et Arnold (leur père souffre d'une paralysie agitante). Dans le cas donné, l'auteur diagnostique la paranoïa et la considère comme folie induite. Il y avait une grande ressemblance physique entre ces deux jumeaux. Emile devint malade avant son frère Arnold. Tous les deux avaient un délire de persécution avec différentes sensations fausses. Emile, en outre, eut encore un état d'excitation.

---

(1) Moravcsik. *Orvosi hetilap*, 1888. Voyez « *Zur Lehre vom Zwillingsirresein* », par Nicolaus Ostermayer.

(2) Clouston and Savage. General paralysis in twins, *The Journal of mental science*, 1888, april, pp. 65-69,

(3) Nicolaus Ostermayer. Zur Lehre vom Zwillingsirrsein, *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXIII, 1892, pp. 88-111.

©BIUM

XXII. — *Observation de Van Deventer* (1) (1893). — Chez des sœurs jumelles, qui avaient des caractères tout à fait différents et se voyaient très rarement, se développa une maladie mentale avec idées délirantes de persécution à caractère érotique et des sensations génitales fausses ; toutes les deux furent placées dans un hospice, l'une plus tard que l'autre, pour un an et demi.

XXIII. — *Observation de Van Deventer* (2) (1893). — Il cite encore un cas de microcéphalie chez des frères jumeaux.

XXIV. — *Observation de Marro* (3) (1893). — Des sœurs jumelles, Serafine et Angela, filles d'un père alcoolique ; l'une d'elles à vingt et un ans tombe malade de mélancolie après un travail très rude et un traumatisme psychique ; la mélancolie bientôt passe dans un état de manie, ensuite dans une phase de dépression avec idées d'autoaccusation et avec tentation au suicide. Quelque temps après la maladie de Serafine, Angela commence à ressentir une angoisse et une peur, puis se développent chez elle une stupeur et des hallucinations, bientôt cet état passe chez elle dans un état de manie. Toutes les deux sœurs se sont rétablies.

XXV. — *Observation de Marro* (4) (1893). — Il est question de sœurs jumelles, Giuseppina et Rosa, tarées d'hérédité, très ressemblantes entre elles. Un jour, chez Giuseppina, après une frayeur, survint quelque temps un état de dépression. Lorsque les sœurs étaient âgées de trentre-quatre ans, Giuseppina eut une mélancolie très grave avec tendance au suicide, hallucinations diverses, paresthésies et visions des démons. Une année plus tard, tombe malade Rosa ; avant tout elle a un dérangement digestif, ensuite une angoisse très forte concernant sa sœur malade, une peur de devenir malade elle-même, des paresthésies, idées de sorcellerie, penchant au suicide. Malgré que l'auteur n'ait pas institué un diagnostic défini, il espère tout de même une guérison dans le cas donné.

---

(1) Van Deventer. Aetiologie und Pathogenese des Gemeinschaftlichen Irreseins (folie à deux), *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1893, pp. 163-164.

(2) Van Deventer. *Ibidem.*

(3) Antonio Marro. Della pazzia gemellare. Estratto dagli « *Annali di Freniatria e Scienze affini* », 1894, vol. IV, fasc. 2, Torino.

(4) *Ibidem.*

©BIUM

XXVI. — *Observation de Herfeld* (1) (1900). — Il est question de frères jumeaux, souffrant d'une exaltation maniaque périodique avec idées délirantes et hallucinations. Probablement, en outre, ils avaient encore des périodes d'état dépressif avec humeur désagréable. Les accès de manie débutèrent chez eux à peu près au même âge (près de trente ans) et se répétèrent plusieurs fois ; ces périodes duraient tantôt un peu plus, tantôt un peu moins de six mois.

XXVII. — *Observation de Herfeld* (2) (1900). — L'auteur observa chez des sœurs jumelles une mélancolie avec délire d'autoaccusation et impulsion au suicide. L'une devint malade à l'âge de vingt-quatre ans ; la seconde, trois ans plus tard ; chez la première, la maladie dura plus longtemps que chez la seconde. Toutes les deux se rétablirent.

XXVIII.—*Observation de Herfeld* (1900)(3).—Des sœurs jumelles, Anna et Clara, avaient toutes les deux un affaiblissement congénital des facultés intellectuelles sous forme d'imbécillité.

XXIX.— *Observation de Herfeld* (1900) (4).— L'auteur parle en passant encore d'une paire gémellaire (frères), dont l'un avait la paranoïa et le second mourut encore dans l'enfance.

Des observations de folie gémellaire, décrites dans la littérature, nous voyons que dix-sept cas se rapportent aux femmes, onze aux hommes et dans un cas, décrit en passant, où l'on n'indique pas le sexe.

J'aurais voulu m'arrêter ici sur le cas de Kelp (5), cité par Schütz. Ostermayer, Antonio Marro et Herfeld le citent aussi comme un cas de mélancolie avec issue léthale, appartenant à un frère et sœur jumeaux. Ayant dans ma disposition l'original de l'ouvrage de Kelp, j'étais très étonné en voyant que dans son article, il ne

---

(1) A. Herfeld. Zur Casuistik der irreseines bei Zwillingen, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1900, t. LVII, l. I, pp. 25-38.
(2) *Ibidem.*
(3) *Ibidem.*
(4) *Ibidem.*
(5) Kelp. Melancholie mit tödtlichen Ausgang bei zwei Geschwistern. *Memorabilien*, 1878, n° 9.

©BIUM

s'agit pas de psychose chez un frère et sœur jumeaux, mais simplement chez un frère et une sœur. Schütz cite le cas de Kelp en indiquant son ouvrage ; Ostermayer, en citant Kelp, dit qu'il s'est servi de l'indication de Schütz; Antonio Marro en dit tout autant; Herfeld, en citant la littérature, mentionne aussi l'ouvrage de Kelp. Probablement que Herfeld s'est trompé également, comme Schütz, ou bien il se sert aussi des indications de ce dernier.

En revenant à la revue des données littéraires citées plus haut, nous voyons que dans tous les cas, à l'exception du cas dont parle en passant Savage, on a observé un tableau de maladie plus ou moins identique chez tous les deux jumeaux. En ce qui concerne l'aspect extérieur du tableau clinique, il faut remarquer que divers auteurs décrivent des formes très variées de maladies mentales chez les jumeaux.

Il est très difficile de disposer tous ces cas d'après une seule classification, parce que les auteurs qui les ont décrits appartenaient à différentes écoles psychiatriques. J'ai tâché, quoique approximativement, de définir les formes des maladies mentales chez les jumeaux d'après une classification psychiatrique temporaire, et j'ai pu m'assurer que dans les cas en question on a observé une amentia maniaque, un délire de persécution avec état dépressif, une légère forme de manie, un délire hallucinatoire, une paranoïa, une mélancolie, une amentia mélancolique, une folie circulaire, une démence congénitale avec ou sans délire, une paralysie générale, un idiotisme et d'autres formes.

Bien des auteurs ne conduisaient pas jusqu'à une issue définie leurs observations ; la guérison est notée dans quelques cas seulement. Il y avait des cas où la maladie du second jumeau commençait tout de suite ou bientôt après la maladie du premier ; dans d'autres cas, la

©BIUM

maladie du second jumeau apparaissait bien plus tard ; il y a même un cas où le second jumeau devint malade douze ans plus tard que le premier. Parfois les jumeaux deviennent malades presque simultanément et se rétablissent de même ; d'autres fois, surtout dans les psychoses périodiques, cela arrive ainsi, que lorsqu'un des jumeaux placé dans l'hôpital se rétablissait, le second tombait malade, etc... Dans les psychoses chroniques de même que dans les psychoses aiguës, l'un des jumeaux devenait malade avant l'autre. On n'a presque pas observé de pleine coïncidence de psychose chez l'un et l'autre jumeaux ; la maladie se manifestait pour la plupart, lorsque les jumeaux vivaient ensemble ; c'est pour cette raison que dans certaines maladies psychiques aiguës il est difficile de nier totalement la supposition d'une folie à deux.

Concernant la catégorie à laquelle doivent être rapportés certains cas de folie gémellaire, les opinions des auteurs ne s'accordent pas : Ball considère son cas comme une vraie folie gémellaire, et Ostermayer rapporte son cas à la catégorie de folie induite. Ostermayer y associe aussi le cas de Chatelain, Clifford Gill, Baume, Mendel-Euphrat, Lasègue et Falret et celui de Moravcsik. Ostermayer considère comme folie gémellaire vraie les cas de Moreau (de Tours), Flintoff Mickle, Dowall et les deux cas de Schütz.

Sans doute, si chez l'un et l'autre jumeaux se développe une psychose circulaire ou, par exemple, une maladie mentale chronique, ou bien si tous les deux jumeaux ne deviennent pas malades simultanément, et quand ils vivent séparés l'un de l'autre, alors les cas de ce genre doivent être rapportés à la *folie gémellaire vraie* (d'après les auteurs français) et à la *Zwillingirresein* (d'après les auteurs allemands). On ne peut être d'accord avec Ball, qui dit que la folie gémellaire, dans

©BIUM

la véritable signification de ce mot, est celle qui se caractérise, entre autres, par un développement simultané de la maladie chez tous les deux jumeaux ; n'est-ce pas assez pour cela déjà de la ressemblance du tableau de la maladie et du développement indépendant de cette dernière chez l'un et l'autre jumeaux ? En effet, figurons-nous deux sœurs jumelles, supposons que d'abord elles vivent ensemble, dans des conditions identiques ; puis l'une d'elles se marie plus tôt, l'autre plus tard ; l'une a des enfants, l'autre n'en a pas ; l'une est heureuse dans sa vie conjugale, la seconde ne l'est pas ; malgré la ressemblance de l'organisation et malgré une prédisposition morbide identique, la même maladie peut se développer chez les deux sœurs jumelles, mais dans un temps différent, ce qui peut dépendre de diverses conditions de leur vie ; tout de même dans des cas semblables, il faut envisager la psychose comme folie gémellaire vraie. Au contraire, même dans une évolution identique de la maladie, on peut quelquefois avoir affaire à une folie induite.

Passons maintenant à la description d'une observation qui a été faite à la clinique psychiatrique de Moscou.

XXX. — *Cas observé dans la clinique psychiatrique de Moscou à la fin de l'année* 1899. — C'étaient des frères jumeaux, de trente-trois ans. Les frères jumeaux provenaient d'une famille où chez plusieurs membres a été notée une prédisposition aux maladies mentales : leurs deux oncles maternels ont fini leur vie par un suicide ; l'un d'eux, ayant une mélancolie ; un frère, leur grand'mère paternelle et le grand-père maternel souffrent de diabète.

Les deux jumeaux se ressemblaient extrêmement dans l'enfance ; la ressemblance n'était pas seulement extérieure, mais aussi ils se ressemblaient de caractère.

Malade *A* était dans l'enfance un enfant plus faible.

Malade *B* était bien plus fort que son frère.

©BIUM

Les deux frères entrèrent en même temps dans un corps de cadets ; ils apprenaient également, finirent leurs cours ensemble, puis tous les deux entrèrent dans une école militaire, où de nouveau en même temps ils finirent leurs cours. Ils étaient des jeunes gens bien élevés, qui avaient beaucoup lu, connaissaient les langues étrangères. Tous les deux avaient une mémoire prodigieuse. Ils étaient très amis entre eux, ce qui ne leur empêchait pas pourtant de se quereller parfois et, même étant déjà adultes, ils en venaient quelquefois aux mains.

Malade *A* aimait, si l'occasion se présentait, à boire.

Lorsqu'ils étaient encore aux corps des cadets, déjà on remarquait chez eux de certaines bizarreries ; ils étaient très distraits et souvent faisaient des fautes contre la discipline.

A s'intéressait à la maladie de son frère d'une manière assez étrange ; par exemple, il lui racontait tout ce qu'il entendait dire des médecins concernant sa maladie. Pendant ce temps il s'occupait négligeamment de son service.

Il y a trois ans, on remarqua chez *A* un trouble mental indubitable. Il s'imaginait être un personnage ecclésiastique, donnait la bénédiction aux soldats pendant les manœuvres ; parfois il avait des sensations fausses ; la nuit, quelquefois, il tirait du fusil dans la rue. On le plaça pour quelque temps dans un asile spécial, mais trois semaines après il retourna à son service ; après cela il manifesta beaucoup de bizarreries ;

B. Huit ans de cela devint malade avec des symptômes de maladie mentale ; il avait différentes idées fausses et différentes sensations fausses ; pendant ce temps il parlait beaucoup, dormait peu. Mais deux mois plus tard, le malade alla mieux et il revint à son service.

Les six dernières années se développa progressivement chez *B* un affaiblissement des facultés intellectuelles.

©BIUM

un jour, il quitta son service sans demander son congé, voyagea on ne sait où ; enfin, on le trouva et on le plaça dans l'hôpital militaire. C'était au mois d'août 1897.

L'histoire de la maladie de *A* démontre qu'on observait chez lui des phénomènes d'une faiblesse mentale. Il ne comprenait pas bien pourquoi il se trouvait dans une section psychiatrique ; il ne vivait pas d'accord avec les malades, qui l'entouraient, se querellait avec eux, exprimait toutes sortes d'idées hypocondriaques absurdes, se servait de divers termes étrangers empruntés aux livres de médecine. Il avait une très haute opinion de lui-même, quelquefois il exprimait des idées délirantes de grandeur, il appréciait beaucoup ses facultés intellectuelles et ne s'occupait presque de rien. Parfois, on remarquait chez lui une perversion sexuelle (pour les hommes). Il resta à l'hôpital jusqu'à la fin du mois d'octobre de l'année 1899, et de là il fut déménagé dans un autre hôpital et enfin, il entra dans la clinique psychiatrique de Moscou.

B entra aussi dans le même hôpital en octobre de l'année 1896.

De l'histoire de la maladie de *B*, on voit qu'il présentait aussi des phénomènes d'une faiblesse mentale, semblable par le tableau de maladie à celle de son frère jumeau ; mais *B* était d'un caractère plus doux et plus aimable que son frère, vivait en accord avec l'entourage ; sa santé physique était plus faible, et il était plus maigre que son frère, qui était d'un embonpoint moyen. *B* avait une lésion tuberculeuse du testicule droit. Il lui venait aussi parfois des idées hypocondriaques, mais il s'exprimait en langage bien plus simple que son frère.

En octobre de 1899, *B* passa de l'hôpital militaire à la clinique psychiatrique de Moscou.

Etat présent.

A est d'une taille moyenne, de nutrition et complexion aussi moyenne.

B est aussi de taille moyenne, mais de mauvaise nutrition à cause de la tuberculose du testicule.

©BIUM

DIMENSION DE LA TÊTE.

Diamètre longitudinal.

186 millimètres. 196 millimètres.

Transversal.

142 millimètres. 150 millimètres.

Hauteur du crâne.

148 millimètres. 152 millimètres.

Circonférence de la tête.

555 millimètres. 565 millimètres.

Hauteur de la tête.

45 millimètres. 45 millimètres.

Tous les deux frères ont une ressemblance extérieure assez grande entre eux. Leur manière de se tenir et leur manière de parler se ressemblent aussi.

A, étant assez dément, pense beaucoup de lui-même; il a protesté un peu contre son admission dans l'asile psychiatrique ; il trouve qu'il se porte bien et pense qu'il se trouve ici grâce à quelque malentendu, qui doit bientôt s'expliquer. Il pense que sa maladie ne consiste que dans un défaut de digestion et une faiblesse de circulation du sang. C'est dans cela principalement que consiste sa maladie. Il pense qu'il peut s'occuper d'affaires et recevoir de bons gages; s'il voulait devenir moine, il serait, bien sûr, devenu métropolitain. Il aurait pu recevoir un bon service chez Rothschild. Pendant son séjour à la clinique, *A*

B, se trouvant dans l'asile psychiatrique, semble ne pas faire attention à l'entourage, qui, d'après son point de vue, ne lui convient pas. Lorsqu'on le questionne sur l'état de sa santé, il se plaint seulement d'un dérangement d'estomac ; il pense qu'il a une maladie physique. Il ne croit pas qu'il ait jamais eu un trouble psychique ; son frère aussi, d'après son opinion, n'a qu'une maladie physique.

En contraste de son frère, il n'a pas une haute opinion de lui-même. Parfois, restant seul, il parle avec lui-même et gesticule ; lorsqu'on lui en demande l'explication, il nie totalement avoir parlé et gesticulé. Il sert d'objet de

©BIUM

manifesta une inclination érotique pour un des malades.

risée pour les malades; mais il ne s'offense pas et ne se plaint contre personne et est content de tout le monde.

En décembre de l'année 1899, les deux frères jumeaux ont été amenés dans une autre ville pour être placés dans un des asiles spéciaux.

Dans le cas que nous venons de décrire, on observe chez les frères jumeaux un tableau de maladie presque identique. Ils furent un jour des gens d'assez d'esprit, bien élevés, connaissant parfaitement la littérature. Mais il y a longtemps que chez l'un et l'autre frères commencèrent à paraître des bizarreries et ensuite progressivement et insensiblement se développa un affaiblissement précoce des facultés intellectuelles, auquel nous avons affaire pour le moment. Evidemment, c'est déjà sur un terrain de débilité intellectuelle commençante que chez l'un et l'autre jumeaux apparut un accès passager de délire, d'abord chez *B*, puis chez *A*. — Ce n'est pas à douter que la maladie de ces deux jumeaux n'est autre chose qu'une *démence précoce*. Sans doute, dans le cas donné. il ne peut être question d'une folie à deux. Il est indubitable que la maladie basilaire, c'est-à-dire la démence précoce chez l'un et l'autre jumeaux, se développa indépendamment ; nous pensons que ce cas présente un intérêt sous ce rapport, qu'il apparaît comme premier cas d'une démence précoce chez les jumeaux. Il faut pourtant dire que certains cas décrits dans la littérature citée plus haut, peuvent faire sugir l'idée, qu'il y avait peut-être déjà de démence précoce chez les jumeaux ; mais cela serait, peut-être, seulement une conjecture erronée. Cette idée vient dans la tête à la lecture de l'histoire de la maladie de longue durée chez des jeunes jumeaux, décrite par Moreau (de Tours).

©BIUM

En outre, notre cas apparaît comme folie gémellaire dans le propre terme de ce mot. Il est à douter que quelques autres conditions, excepté l'inclination congénitale de la nature psychique à un flétrissement prématuré, ait joué ici un rôle plus ou moins marqué. Il faut absolument rapporter aussi à la folie gémellaire, dans le propre terme de ce mot, croyons-nous, les cas où on observe chez les jumeaux les psychoses suivantes : folie circulaire, démence congénitale, paranoïa chronique et encore les cas de maladie chez les jumeaux développés quoique en différents temps, mais, comme il semble, indépendamment, par exemple lorsque les jumeaux demeuraient dans des endroits différents. Dans beaucoup de cas, sans doute, il s'agit de folie induite ; à cette dernière peuvent être rapportées les observations de Lasègue et Falret et d'Ostermayer.

Certains cas de folie gémellaire vraie donnent droit à diverses suppositions concernant la signification et le rôle que joue l'hérédité dans l'évolution des maladies mentales.

Si l'existence en général de la prédisposition aux maladies mentales dans une famille donnée fait faire dans beaucoup de cas une conclusion nécessaire concernant l'organisation pathologique congénitale du système nerveux, les cas de folie gémellaire soulignent et font ressortir encore davantage le rôle et la signification de l'hérédité ; les cas de ce genre démontrent d'une manière plus visible que l'organisation physique semblable du système nerveux donne des troubles pathologiques identiques et qu'il existe une dépendance réciproque et intime entre nos facultés mentales et la structure physique de notre organisme.

©BIUM

LA DÉMENCE PARANOÏDE

Par le Dr J. SÉGLAS
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Il est peu de questions de pathologie mentale qui aient donné lieu à autant de controverses que celle de la paranoia. Dans une revue critique (1) qui remonte déjà à plusieurs années, j'ai essayé d'exposer l'historique et l'état actuel des différentes théories régnantes à cette époque.

Parmi les travaux plus récents, ceux de Kraepelin (2) méritent une attention toute particulière, en raison de l'originalité des vues qui s'y trouvent exposées.

Pour lui, la paranoia est caractérisée par l'apparition lente d'un système d'idées délirantes bien organisé, qui persiste longtemps sans modifications notables et n'aboutit pas à la démence.

Ainsi se trouvent exclus du cadre de la paranoia tous les délirants et hallucinés chroniques qui plus ou moins rapidement finissent par tomber dans la démence. Ceux-là forment un groupe à part, la *démence paranoïde*, que l'auteur rattache à la démence précoce.

Contrairement à la grande majorité des auteurs étrangers, Kraepelin restreint donc beaucoup les limites de la paranoia, pour élargir dans d'énormes proportions celles de la démence précoce.

(1). J. Séglas. La Paranoia (*Arch. neur.*, 1887); voir aussi Kéraval. Paranoia (*Ibid*, 1894-1895); Cramer et Bœdeker. Rapport sur la paranoia (*Allg. Z. f. Psych.*, t. LI).

(2) Kraepelin. *Compendium der Psychiatrie*, 6e édit.

©BIUM

Il est vraisemblable, à notre avis du moins, que cette conception renferme une grosse part d'exagération ; mais elle ne doit pas pour cela être rejetée dans son ensemble. Elle a du moins l'avantage de mettre en lumière un groupe plus restreint de faits, englobés jusqu'ici, avec d'autres très dissemblables, sous le vocable de paranoia aiguë, de délire des dégénérés, et qui paraissent cependant avoir réellement une symptomatologie et une évolution spéciales.

Ce groupe de faits, auxquels nous conserverons le nom de *démence paranoïde*, nous semble surtout caractérisé par un affaiblissement intellectuel de nature démentielle, se développant rapidement et s'accompagnant, parfois pendant un temps assez long, d'erreurs sensorielles et d'idées délirantes variables, dépourvues de tout caractère systématique.

Voici un fait qui pourra, mieux que toute description, servir à fixer les idées :

D..., âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hospice de Bicêtre le 18 mai 1899.

Le père, buveur, est mort du typhus ; la mère est bien portante. Ils ont eu neuf enfants : un est mort de méningite à trois ans ; un autre, âgé de quarante ans, né avant terme, a eu des convulsions de l'enfance ; il est, dit-on, quelque peu original, sombre, a des manies bizarres. Un cousin est mort aliéné.

L'anamnèse personnelle ne révèle chez notre malade qu'une variole grave survenue vers dix-huit mois à deux ans ; il n'a marché qu'après cette maladie. Etant jeune, il souffrait souvent de maux de tête. On l'a toujours considéré comme intelligent ; mais il était d'un caractère méfiant, soupçonneux, jaloux de ses frères et sœurs, trouvant que ses parents faisaient plus pour eux que pour lui ; il convenait d'ailleurs volontiers du mal fondé de ses préventions et s'en excusait. Un an avant son départ pour le régiment, ces traits de caractère n'avaient fait que s'accentuer ; de plus, il était devenu colère et montrait moins de goût pour son travail. Toutefois, il n'avait jusque-là manifesté aucun trouble psychique caractérisé, aucune idée délirante. Il

©BIUM

buvait à l'occasion avec ses camarades, mais sans excès habituels.

Revenu du service militaire, il songea à se marier (octobre 1898). Les parents de la jeune fille ayant appris qu'il aurait eu une maîtresse, et trouvant sa position insuffisante, lui en firent l'objection. Il en fut très affecté et, de lui-même, rompit les pourparlers, craignant d'avoir plus tard à subir les reproches de sa nouvelle famille.

C'est à ce moment qu'ont paru les premiers accidents mentaux. D... n'était plus assidu à son travail. A l'atelier, il restait des heures blotti dans un coin ; il accusait ses camarades de se moquer de lui, de penser à lui faire du mal. Le médecin de l'usine lui fit donner un congé. Rentré dans sa famille, il restait sur sa chaise des journées entières, n'osait pas sortir, se croyant espionné, craignant d'être arrêté. Il avait des hallucinations, disait entendre des voix, se plaignait de sensations étranges, brûlures au cœur, etc. *Dès cette époque, il se livrait à des actes absolument extravagants*. Il se déshabillait sans motif, descendait tout nu les escaliers ou se promenait en plein jour avec une bougie allumée placée dans un verre.

Très rapidement cet état s'aggrava. Le malade, tantôt triste, tantôt inquiet, *tenait des propos sans suite*, parlait d'ennemis qui voulaient lui faire refaire son service militaire, d'un général allemand dont il serait l'ordonnance, se disait en communication avec Félix Faure qui lui apparaissait et lui faisait des confidences, accusait sa mère d'avoir assassiné le patron du bazar de l'Hôtel-de-Ville, manifestait des idées de suicide et proférait des menaces contre son entourage.

A l'entrée (mai 1899), l'aspect extérieur, l'attitude ne présentent guère d'indications spéciales. Le malade est calme, ne manifeste aucun symptôme d'excitation, de dépression ou d'anxiété. Il répond assez correctement, d'une façon laconique, aux questions qu'on lui pose sur son âge, sa profession, la date de son placement, etc. Ces réponses ne témoignent pas de désorientation réelle. Mais au bout de quelques minutes, il ne tient plus que des discours incohérents : « Il a été prononcé la peine de mort contre lui. La porte est-elle en bois, en fer, en acier ou en tenue polytechnique. C'est le téléphone qui l'ennuie. S'il était un aveugle, on le mettrait dans un trou. Il pousse au bien. Il veut inviter le monde, ce qui est la vie romanesque. Demandez, vous serez recommandés. Il est un des sept Cochefert de Paris. Il est facile de rassortir les races. Il doit s'en aller par le détroit de passage. Il n'est pas malade. Il se tient

©BIUM

dans sa probité, mais il y a des plats qui se suivent, et par la combinaison des plats on fait avouer des choses aux individus. Il a le cœur en hypertrophie. On le juge. On est souffrant. Il faut planter des fleurs et se mettre au régime végétarien, etc. »

Dans tout son verbiage, on arrive à discerner des idées délirantes diverses : persécution, grandeur, hypocondrie, quelques hallucinations, des troubles de la sensibilité générale. Mais toutes ces idées délirantes sont mobiles, variables, absurdes, sans aucun lien réciproque.

De plus, le malade les traduit toutes du même ton, en général indifférent, parfois de satisfaction béate. Il s'exprime avec calme, comme si ses réponses étaient les plus pondérées du monde. Il n'est aucunement loquace ; l'articulation est correcte.

La conformation est régulière. Il n'existe pas de symptômes somatiques, en particulier pas de signes d'alcoolisme ni de paralysie générale.

Les jours suivants, D... reste tout aussi incohérent. Il semble que les idées de persécution soient plus actives, entraînant un certain degré d'anxiété réactionnelle. D... sait par le téléphone qu'on le cherche pour le tuer et il a fixé sur sa poitrine un papier qui doit servir de cible.

Cette crise d'anxiété est très passagère. D... redevient indifférent, mais est toujours aussi dyslogique, comme on peut en juger par la lettre suivante, écrite à cette époque : « Grand livre. — Je déclare avoir voulu marier ma mère avec mon frère, et ma sœur Léontine avec M. Mollard. Ma tante est morte de peur, appréhendant de voir verser du vin au lieu de larmes. Moi j'ai essayé d'accorder ma femme avec une domestique qui se faisait passer pour sa mère et passer son ombrelle pour un parapluie. Vous dire ce qu'elle avait l'air d'une vraie tour pointue. Voilà six mois qu'on me bourre la tête avec cela. Il y a de quoi se graisser les mains et les chaussures jusqu'à ce que tout le monde ait vu clair et sache comprendre que M. Loubet a eu besoin d'un ridicule. Le parapluie, c'est moi. Le ridicule, c'est ma belle-mère, car M. Loubet ne peut sortir une fois sans embrasser la sienne. Pour me faire un marché, il faut la terre, l'eau et la lumière électrique ; comme cela, s'il fait du vent, on ne verra pas la poussière dans l'eau et la marchandise. Mais l'on verra de beaux abatis qui sentiront moins fort que le garçon boucher de la rue des Halles... »

Il est à remarquer que si le fond de cet écrit est absolument incohérent, la forme en est très correcte, le papier propre, les

©BIUM

lignes très régulières et sans ratures, l'écriture ferme, nette, plutôt élégante.

Ajoutons que D... ramasse et collectionne tout ce qu'il trouve sous sa main, chiffons, épingles, morceaux de papier, dont il emplit ses poches ou qu'il fixe à ses vêtements. Il déchire son linge et ses habits, arrache tous ses boutons, enlève la visière de sa casquette, met ses souliers comme des savates, est toujours absolument débraillé.

Très tranquille, il passe son temps à errer sans but dans la cour ou reste assis sur son banc, quelque temps qu'il fasse. Il ne manifeste jamais aucun sentiment affectif. En un mot, on peut le considérer comme un véritable dément (juin 1899).

Depuis lors, cet état démentiel n'a fait que s'accentuer. La tenue du malade est encore plus négligée et plus malpropre. Il est tranquille, indifférent ; souvent il cause seul à mi-voix ; par intervalles, il refuse de répondre lorsqu'on lui adresse la parole et se renferme dans un mutisme absolu. Le plus ordinairement il répond ; mais son discours, de plus en plus incompréhensible, n'est qu'une suite de mots disparates, sans aucune signification (*Wortsalat*). Par exemple : « Félix Faure avait une effusion d'un ménagement du sang dans un comptoir d'escompte de vaporisation ». S'il s'exprime d'une façon inintelligible, D... semble cependant comprendre encore les paroles qu'on lui adresse, car il exécute assez convenablement et sans hésitation les actes commandés.

L'état physique est toujours excellent.

Idées délirantes polymorphes, mobiles et absurdes, accompagnées de quelques hallucinations, démence incohérente à marche rapide, absence de signes physiques : tels sont les points capitaux qui résultent de l'observation clinique.

A quel diagnostic peuvent-ils conduire ?

Au début, la multiplicité, la mobilité, l'extravagance des idées, l'incohérence des actes, les signes d'affaiblissement intellectuel pourraient faire penser à la paralysie générale. Mais les signes physiques font défaut, et, par la suite, ne se montrent pas davantage, bien que l'état mental s'aggrave et que la démence s'accentue.

©BIUM

D'autres diagnostics sont à discuter, ceux de confusion mentale primitive, de délire hallucinatoire, de paranoia aiguë.

En effet, la confusion mentale primitive, en plus des troubles intellectuels fondamentaux d'obnubilation des idées, de désorientation, d'incohérence des actes, comporte fréquemment des symptômes accessoires, idées délirantes mobiles, multiples, hallucinations. Il existe parfois aussi des phénomènes dyslogiques assez accentués pour que l'on ait pu signaler une variété pseudo-aphasique et paraphasique de la confusion mentale (Meynert).

Or, dans la confusion, les idées délirantes ont un caractère de rêverie très spécial et restent toujours empreintes d'un doute, d'une incertitude qu'on retrouve dans leur expression verbale, dans les réponses hésitantes, inachevées. Chez D..., au contraire, le délire semble bien n'être que l'expression de la pensée désordonnée du malade, qui ne trouve dans la conversation que prétexte à divagations traduites sans hésitation, de la façon la plus naturelle du monde. En même temps le ton du discours est naturel, indifférent, au lieu d'être, comme chez le confus, monotone, indécis, interrogateur.

J'ai décrit autre part (1) les troubles dyslogiques du confus : ânonnement, hésitation du langage par lenteur et embarras de la pensée, amnésies verbales, difficulté d'adapter les mots à l'idée et de les coordonner pour exprimer une pensée. Rien de semblable chez D... qui converse sans le moindre effort. Les troubles dyslogiques offriraient plutôt chez lui une certaine analogie avec le bavardage incoercible et incohérent de certains confus qui marmottent automatiquement des paroles décousues.

---

(1) J. Séglas, *Leçons cliniques*, p. 156.

©BIUM

Mais alors on ne note guère que des mots sans suite, se reliant par assonance, ne pouvant arriver à constituer une phrase même incohérente. Cette distinction est surtout frappante pour l'écrit de notre malade. Un confus paraphasique n'aurait même pas pu penser ni construire des phrases aussi longues et il eût été totalement incapable de les écrire.

Ajoutons que la physionomie niaise, indifférente ou béate de D... est bien plutôt celle d'un dément et n'est pas distraite, égarée, étonnée, stupéfaite comme chez le confus.

Nous avons eu soin aussi de noter l'absence chez lui de cette désorientation dans le milieu et dans le temps qui, chez le confus, manifeste d'une façon si frappante le trouble intellectuel fondamental.

Enfin, alors que la confusion mentale s'accompagne toujours de signes somatiques, chez D... aucun signe de ce genre ne se montre à un moment quelconque de l'observation.

Très voisine de la confusion mentale primitive, se trouve une forme que j'ai essayé de distinguer sous le nom de délire hallucinatoire (1), étudiée plus complètement depuis par M. Farnarier (2), et se caractérisant par des hallucinations, des conceptions délirantes, de la confusion des idées.

Sans nous attarder à ce diagnostic, nous rappellerons qu'alors c'est l'hallucination multiple, incessante, qui constitue très manifestement le phénomène capital, caractéristique. Le délire n'en est que le reflet et souvent ne consiste qu'en de simples interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations. De même

(1) J. Séglas. *Leçons cliniques*, p. 450 et suiv.
(2) Farnarier. La psychose hallucinatoire aiguë. *Thèse* de Paris, 1899.

©BIUM

la confusion des idées, toute secondaire, n'est que la conséquence directe de la répétition et de l'intensité des troubles hallucinatoires.

Il est évident que cette interprétation ne peut s'appliquer au cas de D... ; l'existence chez lui d'un délire hallucinatoire toxique (alcool) se trouve exclue du même coup.

Un dernier diagnostic différentiel, le plus difficile, est celui de paranoia aiguë.

Il importe d'abord de bien déterminer la signification de ce vocable. En effet, les opinions des auteurs sont loin d'être concordantes à cet égard. Il en est même qui se refusent à admettre l'existence d'une paranoia aiguë : tel Kraepelin, que nous citions tout à l'heure. Cette intransigeance ne nous semble nullement en accord avec l'observation clinique.

Pour bien comprendre ce que peut être la paranoia aiguë, le plus simple est de prendre pour terme de comparaison la paranoia chronique.

La définition de Kraepelin, citée plus haut, n'envisage que les caractères et l'évolution du délire.

Or, si important qu'il puisse être, le délire paranoiaque n'est qu'une phase, le point culminant de l'affection. Celle-ci a pour base nécessaire une déviation particulière des fonctions psychiques les plus élevées, une constitution psychique spéciale qui se retrouve dans les prodromes, dans le délire, dans les phases de rémission, et qui parfois même constitue à elle seule toute la maladie (paranoia dite indifférente, indéterminée, sans délire). Elle consiste surtout dans des anomalies de l'intelligence (associations d'idées bizarres, paradoxes, jugements absurdes, illogiques) et du caractère (égoïsme, méfiance, susceptibilité, orgueil, caractère égocentrique).

Le délire n'est là qu'un symptôme et nullement autonome. Il a, bien au contraire, son origine dans l'intimité

©BIUM

même de la personnalité individuelle, dont il ne fait que mieux mettre en relief tous les traits anormaux, et se développe ainsi à titre primitif, sans cause occasionnelle nécessaire, sans état émotionnel morbide antérieur.

Une fois apparu, ce délire progresse lentement, se systématise, puis devient stéréotypé, passant ainsi à l'état chronique par une évolution plus ou moins régulière qui se poursuit pendant de longues années, et ne tendant pas en général par lui-même à une démence absolue. Cependant l'affaiblissement intellectuel n'est pas une exception et peut survenir en raison de causes diverses, sous des aspects différents que nous n'avons pas à examiner ici (1).

Telle est la paranoia dite chronique, en raison surtout de la chronicité du délire.

A côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels on voit se développer sur le même fond constitutionnel un délire qui apparaît en général assez rapidement, pour disparaître de même. Ce sont ces faits qui nous semblent mériter bien justement la dénomination de paranoia aiguë, laquelle n'a rien de paradoxal, du moment qu'on se rend bien compte que *ce qu'il y a d'aigu, en fait, c'est l'accès de délire paranoiaque*, tandis que la constitution psychique spéciale sur laquelle il repose, et qui est l'élément nécessaire et indispensable de la paranoia, le précède, l'accompagne et persiste après lui, tout aussi immuable que dans la paranoia chronique.

Comme le chronique, le délire paranoiaque aigu reproduit, en les exagérant, les traits du caractère individuel ; il se développe ainsi à titre primitif. Mais la systématisation, toujours plus rapide, est parfois moins nette. Cela pour deux raisons.

---

(1) Tanzi et Riva. La paranoia (*Riv. sp. di fren.*, 1884, 1885, 1886).

©BIUM

D'abord, l'acuité même du délire le rend plus touffu, plus exubérant ; les différentes idées qui se succèdent lentement dans la forme chronique apparaissent rapidement, d'emblée, constituant ainsi comme un raccourci, un abrégé de la forme chronique, et donnant au délire un aspect polymorphe. Mais, sous cet aspect, on peut toutefois saisir un lien, un enchaînement entre les différentes idées délirantes, une systématisation, certes moins parfaite que dans les cas chroniques, mais cependant réelle et s'accentuant d'une façon très évidente lorsque le délire vient à se prolonger quelque peu.

D'autres fois, il arrive que le délire se développe chez des sujets qui sont de profonds débiles intellectuels. La systématisation en reste alors imparfaite, plus encore dans la forme que dans le fond. Mais est-on vraiment autorisé pour cela à l'exclure du cadre de la paranoia, du moment qu'il en présente les autres caractères? Le degré de systématisation comporte toujours, en plus de l'élément inhérent à la forme morbide, un élément dû au terrain individuel. Et l'on ne peut vraiment pas exiger dans les idées délirantes d'un débile un enchaînement plus rigoureux et plus logique que dans l'expression de sa pensée normale.

Ainsi comprise, l'existence de la paranoia aiguë nous paraît d'autant plus acceptable que la paranoia chronique débute souvent par un stade de paranoia aiguë, ou présente dans son cours des épisodes du même genre à titre d'exacerbations.

Ajoutons que la terminaison ordinaire est la guérison après une durée parfois de quelques jours, le plus souvent de quelques semaines ou quelques mois, exceptionnellement de plus d'une année.

Si brèves qu'elles soient, ces considérations peuvent suffire à montrer que le cas de D... présente de notables différences.

©BIUM

Sans doute, nous trouvons dans son histoire quelques détails habituels aux cas de paranoia : antécédents héréditaires imprimant à la maladie un fond constitutionnel ; certains traits de caractère, méfiance, jalousie, reproduisant ceux de la constitution paranoiaque ; des accidents psychopathiques d'origine purement intellectuelle, primitifs comme le délire paranoiaque, et des idées délirantes de formule analogue.

Mais d'autre part, ces idées délirantes sont absolument dépourvues de systématisation même rudimentaire. Dès le début, elles sont, comme les actes, empreintes d'une incohérence qui ne peut s'expliquer ni par un état maniaque, ni par un état de confusion mentale primitive ou secondaire à des hallucinations multiples et incessantes, mais relève d'un état démentiel dont les symptômes ne tardent pas à dominer toute la scène.

Il semble donc bien s'être agi là d'un processus morbide particulier qui nous paraît justement mériter la dénomination de *démence paranoïde*.

Jusque-là confondus avec d'autres, ces cas ne constituent pas des exceptions. On en trouve des exemples dans les auteurs et, depuis moins de deux ans, nous avons pu observer quatre malades du même genre. Sans reproduire ici ces différents faits, nous nous contenterons de les utiliser pour tracer rapidement le tableau clinique.

L'étiologie nous paraît résider presque exclusivement dans l'hérédité morbide. Les causes occasionnelles sont nulles ou par elles-mêmes insuffisantes.

L'anamnèse individuelle permet d'ordinaire de retrouver les manifestations d'une constitution psychopathique, en particulier les traits de la constitution paranoiaque.

Il est à remarquer que tous nos malades étaient d'un niveau intellectuel ordinaire ; l'un d'eux même avait

©BIUM

obtenu certains succès scolaires; un autre était étudiant en médecine.

L'affection se développe en général rapidement. Dès le début, apparaissent des idées délirantes avec alternatives d'excitabilité, de dépression, d'anxiété, se traduisant par des discours bizarres, décousus, et conduisant à des actes incohérents. Bien que les malades aient parfois l'apparence des confus, il n'y a pas de désorientation, de confusion réelles, pas plus que de manie ou de mélancolie.

Les idées délirantes sont polymorphes (persécution, grandeur, hypocondrie) et s'accompagnent ordinairement d'hallucinations précoces. Très rapidement leurs caractères cliniques s'affirment ; par leur multiplicité, leur mobilité, leur niaiserie, leur extravagance, *elles égalent, si même elles ne dépassent, celles du paralytique général.*

Ce n'est que très exceptionnellement, et seulement au début, qu'elles s'associent à une réaction émotionnelle adéquate. D'ordinaire, le malade est indifférent, ou même invariablement satisfait et béat.

Bien vite apparaissent d'autres signes de chronicité et d'affaiblissement démentiel : actes baroques et sans motifs, tics, stéréotypies, échomimie, négativisme, collectionnisme, débraillé de la tenue, lacération des vêtements, soliloques, néologismes, verbigération. Mais le symptôme le plus frappant est sans contredit cette incohérence du langage, cette dyslogie particulière dont nous avons reproduit plus haut des exemples, et qui fait du discours une suite de phrases décousues, presque incompréhensibles, débitées le plus naturellement du monde, d'un air même plutôt satisfait, sans qu'il soit possible un instant d'obtenir la moindre phrase correcte et sensée.

Puis le langage, les actes deviennent de plus en plus

©BIUM

incohérents, la démence progresse suivant une marche uniforme ou parfois entrecoupée de rémissions, pour devenir complète dans un laps de temps qui peut varier de quelques mois à un ou deux ans.

A aucun moment, on n'observe de signes somatiques.

On voit par cet exposé rapide que les phénomènes démentiels tiennent dans le tableau clinique une large place. Mais quelle est leur interprétation nosographique? S'agit-il simplement d'une période de démence secondaire, terminale ?

On pourrait dire, par exemple, que ce sont là des cas de paranoia aiguë à délire asystématique, en raison d'une débilité mentale native, profonde et, pour la même raison, aboutissant exceptionnellement à une démence rapide. Or, nous ferons remarquer que ces malades ne sont pas plus, et souvent même sont beaucoup moins débiles que d'autres, qui font des délires paranoiaques chroniques et systématisés, si bien que la démence ne paraît pas tant dépendre de la faiblesse mentale antérieure que de la forme vésanique elle-même.

Nous inclinerions volontiers à penser qu'il s'agit là d'une démence *primitive* s'accentuant progressivement, mais existant dès le début, masquée par des symptômes aigus (idées délirantes, hallucinations) qui, eux, au contraire, sont sujets à rémissions et peuvent même disparaître complètement.

En fait, il se passe ici la même chose que dans la paralysie générale avec délire, et les rapports des deux ordres de troubles intellectuels, délire et démence, sont exactement les mêmes.

Dès le début de la maladie, on peut retrouver des symptômes démentiels qui ne font que s'accentuer par la suite sans imprimer au tableau clinique une modification radicale.

Les idées délirantes elles-mêmes, qui peuvent les

©BIUM

masquer à une observation superficielle, ont cependant des caractères cliniques qui ne peuvent dépendre que d'un état démentiel sous-jacent. En effet, il n'y a pas d'état fondamental de confusion, de manie qui puisse expliquer le désordre des idées, l'incohérence du langage et des actes. L'explication par un état natif de débilité intellectuelle profonde ne s'accorde pas non plus toujours avec la notion de l'état mental antérieur et surtout avec le contraste créé dès le début par la maladie. D'ailleurs, les idées délirantes disparaissent souvent très vite en laissant à nu le fonds démentiel.

La notion de cette démence primitive, ses caractères cliniques, en même temps que l'âge auquel elle apparaît (de dix-huit à trente ans dans nos observations), pourraient donc justifier l'opinion de Kraepelin qui la considère comme une forme de la *démence précoce*.

Il importe toutefois de faire des distinctions et de ne pas trop généraliser.

Dans sa forme paranoïde de la démence précoce, Kraepelin décrit deux groupes (1) :

Le premier nous semble à peu près correspondre aux cas que nous venons d'étudier ;

Le second comprend tous les cas rangés sous le nom de « phantastiche Formen » ou de formes hallucinatoires de la paranoia.

A notre avis, *ces derniers cas ne peuvent être assimilés à ceux du premier groupe*, mais présentent bien les caractères de la paranoia. Et ce n'est pas sans quelque étonnement que nous voyons ranger dans la démence précoce toutes ces variétés plus ou moins systématiques et hallucinatoires de la paranoia, qui n'aboutissent par-

(1) Voir aussi : Finzi. *Breve compendio di psichiatria*. Milan, 1899. — Finzi et Vedrani. Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce (*Riv. sp. di fren.*, I-II, 1899).

©BIUM

fois qu'au bout d'un temps très long, et pour des causes diverses, à un certain degré d'affaiblissement intellectuel, et qui comprennent pour Kraepelin jusqu'au délire chronique de Magnan, c'est-à-dire la plus longue, la plus systématique de toutes les formes vésaniques, et dans laquelle la démence véritable, même à la période terminale, est encore l'objet de bien des controverses (1).

(1) Voir la discussion sur le délire chronique (in *Ann. méd.-psych.*, 1885 et suiv.).

©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 et fin (1).

V

Les documents écrits qui sont gardés à l'asile forment une matière intéressante au point de vue du secret. Leur examen est le complément nécessaire de ce travail. Je remarquerai d'abord qu'ils devraient être séparés pratiquement en deux groupes, suivant qu'ils sont destinés à une demi-notoriété, ou que, ayant un caractère plus intime, ils sont préservés d'une divulgation officielle, et qu'ils restent confiés à la garde de l'administration, dépositaire discret et responsable.

En voici, d'ailleurs, l'énumération, avec les remarques qu'ils suggèrent.

I. — Le registre légal, que tout asile doit tenir en exécution de l'article 12, est la représentation officielle de la collectivité des aliénés. Chaque pensionnaire de l'asile a dans ce livre sa feuille, où l'on trouve :

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril, mai-juin, juillet-août 1900.

©BIUM

Les renseignements relatifs à l'identité ;

La mention du jugement d'interdiction, si le malade est interdit ;

L'indication de la date du placement et de la personne qui l'a demandé (placement volontaire) ;

La transcription de l'arrêté préfectoral (placement d'office) ;

Les copies des certificats d'admission, de vingt-quatre heures et de quinzaine, des rapports fournis par le médecin de l'asile ;

Les observations mensuelles et autres. Les dates de la sortie et du décès, quand ils viennent à se produire.

Dès l'entrée de chaque malade, une feuille du registre lui est consacrée. Sur cette feuille seront consignés, pendant son séjour à l'asile, les notes et rapports auxquels il pourra donner lieu. Son histoire entière y sera écrite et pourra être contrôlée, au besoin, par les délégués officiels, qui seront tenus d'y laisser, par leur signature, une trace de leur passage.

Dans chaque établissement le nombre de ces volumes, formés de feuilles successives, s'accroît avec le temps. Les plus anciens ne concernent que des aliénés disparus et ne servent plus. Ils sont déposés aux archives de l'asile. D'autres n'ont plus que des noms de pensionnaires internés depuis longtemps, aliénés chroniques ne donnant lieu à aucune observation nouvelle susceptible d'intéresser le grave objet de la séquestration. Ils ne sollicitent que de loin en loin un travail d'écriture et sont rarement ouverts. Il n'en est pas de même du registre de création récente, où s'inscrivent tous les jours les malades nouvellement admis, avec les documents qui leur correspondent. C'est ce dernier qu'examinent de préférence les inspecteurs légaux.

Cet in-folio est constamment aux mains des employés et trop évidemment offert aux furetages indis-

©BIUM

crets. Les curieux peuvent le parcourir d'autant plus aisément que les secrétaires d'asile sont moins pénétrés de la gravité de leur devoir. J'ai vu des étrangers s'y renseigner librement sur les conditions d'un internement et la situation mentale du malade, avec la complicité inconsciente d'un commis. Dans les grandes villes, la magistrature délègue le commissaire central pour l'aider dans ses enquêtes et charge un employé de la police de prendre copie des documents contenus au registre. Ces procédés ne surprennent personne, tant il est vrai que la notion du secret est peu répandue dans le milieu social.

Le registre légal devrait être préservé rigoureusement de toute intrusion. Il devrait être tenu sous clef et communiqué seulement aux personnages désignés par l'article 12.

II. — Les originaux des documents transcrits sur le registre sont conservés sous couverture avec d'autres écrits plus ou moins secrets. L'ensemble de ces pièces forme le dossier, qui est gardé plus sévèrement que le registre, mais pas assez étroitement pour qu'on ne le voie parfois oublié sur la table d'un expéditionnaire.

Le dossier renferme :

La correspondance administrative (minutes et copies) ;

Les quittances délivrées par le comptable pour les valeurs et bijoux trouvés sur l'aliéné et déposés à la caisse ;

Les feuilles d'inventaire. Après l'admission d'office d'un aliéné privé de famille, l'inventaire de son mobilier, dont l'asile prend possession, est fait par les soins de la police et de l'administrateur de l'établissement ;

Les bulletins de renseignements remplis par le maire de la commune et, dans les grandes villes, par le commissaire. Ces feuilles fournissent des indications tou-

©BIUM

chant l'identité de la personne, sa filiation, le chiffre de sa fortune, et aussi sur ses antécédents, sa famille, l'évolution de son trouble mental. Les détails purement médicaux pourraient y être supprimés sans inconvénient, le médecin ayant le moyen de se les procurer en questionnant les familles, dans les jours qui suivent l'admission ;

Toute la correspondance privée, comprenant les lettres adressées à l'administration, celles qu'on a trouvées sur le malade au moment de l'entrée, celles qui lui ont été écrites et qu'il n'a pas lues.

La correspondance privée est absolument confidentielle. Elle n'est pas, comme les autres pièces du dossier, exposée à une sorte de publicité. Aussi, devrait-elle être gardée à part, sous la responsabilité de l'administration.

Je me suis demandé pourquoi le médecin n'en serait pas le conservateur attitré. Cette correspondance, en effet, est intéressante par les renseignements cliniques qu'on peut y découvrir, précieux à recueillir pour l'observation. Elle pourrait être réunie aux autres documents dont celui-ci dispose et former avec eux un dossier spécial, distinct du dossier administratif.

III. — Les écrits du service médical sont : 1° la correspondance relative aux malades ; 2° les bulletins adressés aux familles et aux ayants droit. Ces bulletins sont recueillis en un registre *ad hoc*. Je me suis expliqué, dans la première partie de cette étude, sur la forme qu'il convient de leur donner pour atténuer, dans la mesure du possible, l'indiscrétion qu'ils occasionnent ; 3° les notes prises au jour le jour sur les aliénés ; 4° les feuilles d'observation.

Tous les documents médicaux réclament la discrétion la plus sévère, et il faudrait souhaiter de la part du personnel et même des internes, collaborateurs intelli-

©BIUM

gents, mais parfois légers, un soin plus attentif dans la garde qui leur incombe.

Un moyen pratique et très simple de sauvegarder le secret pour les notes courantes et les feuilles d'observation consisterait à les faire impersonnelles. En tête de chaque feuille figurent de nombreux détails ayant pour but de déterminer l'identité du malade (nom, prénoms, âge, profession, etc.). Ils sont inutiles, puisqu'ils se retrouvent sur le registre légal, et ils peuvent être remplacés par l'indication du registre et du folio sur lequel est inscrit l'aliéné. Ces deux mêmes chiffres serviraient à distinguer les notes journalières prises dans le service ; dès lors, aucune feuille ne trahirait la personnalité du malade, qui cesserait d'être impliquée dans son étude clinique. En cas de réintégration d'un malade sorti, il suffirait de se reporter au registre légal pour reconstituer son histoire. Le registre donne, en effet, sur la nouvelle feuille, les numéros de l'inscription précédente et, par suite, de l'observation interrompue. Il serait donc facile de la reprendre avec des chiffres nouveaux empruntés aux registres, en gardant le secret sur la personnalité de l'aliéné.

VI

Lorsqu'un pensionnaire vient à quitter l'asile, soit par sortie, soit par décès, son dossier a cessé d'être utile dans les bureaux. Il en est extrait et déposé dans une salle spéciale, par les soins du directeur. Cette salle est dénommée : salle des archives.

Dans le même lieu sont gardés les registres légaux qui sont clôturés et ne servent plus, les aliénés qui y sont inscrits n'existant plus à l'asile. En effet, les feuilles consacrées à tous les malades mentionnent (dernière note) le décès ou la sortie et ne sont plus sus-

©BIUM

ceptibles de recevoir des notes nouvelles ou un nouveau *visa* des personnages officiels.

Dossiers et registres viennent donc finir aux archives. Sauf le cas de la réintégration d'un aliéné, qui nécessitera l'exhumation de son dossier et du registre où sont consignées ses notes antérieures, les archives représentent pour ces documents l'éternel repos, autour duquel s'exercera toujours une protection vigilante et sûre.

La salle qui leur est affectée doit donc être inexorablement close. Du moins devrait-elle l'être et réservée exclusivement aux écrits précieux dont il vient d'être question. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains asiles, je l'ai vue servir de lieu de débarras, et l'on y découvre, avec les anciens registres et les dossiers hors d'usage, les objets les plus disparates. C'est un capharnaüm où vont se perdre les rebuts de tout genre : registres d'administration, cahiers de visite, collections de journaux, ouvrages dépareillés, imprimés d'économat, etc. ; tout cela s'empile pêle-mêle et sans ordre à côté de papiers importants. Le sanctuaire qui renferme les secrets des familles aurait droit à plus de respect.

On a pu se demander si les personnages désignés par l'article 4 de la loi de 1838 avaient qualité pour explorer le dépôt des archives, si leur travail de contrôle pouvait s'étendre aux documents écrits qu'elles contiennent. Bien qu'une réponse affirmative ait été faite à cette question par la *Société internationale d'assistance*, j'ose me déclarer l'adversaire de la solution qu'elle a donnée, voici pourquoi :

La mission qui échoit à ces messieurs est nettement déterminée par la loi. Elle est actuelle, extemporanée, et l'on ne saurait lui reconnaître un caractère rétrospectif. Ils ont à s'intéresser aux aliénés qu'ils rencon-

©BIUM

trent à l'asile, s'assurer que les aliénés — et pas d'autres — ne sont pas indûment molestés ou séquestrés. Telle est la fonction qui est dévolue aux inspecteurs, et cette fonction ne saurait se rapporter à des malades qui n'existent pas. Il suffit de lire la loi pour acquérir la conviction que ses prescriptions ne s'étendent pas à des faits d'une autre époque et que l'intervention de ses mandataires doit uniquement favoriser les aliénés présents à l'asile au moment de leur visite :

Art. 4. — *Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, le maire de la commune sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.*

Ils recevront les réclamations des personnes qui y sont placées et prendront à leur égard tous les renseignements propres à faire connaître leur position.

. . . . . .

Art. 12. — *Il y aura dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire. Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article* 4, *auront le droit de visiter l'établissement lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.*

On chercherait en vain dans ce texte un seul mot d'où l'on puisse conclure à une attribution plus large que la simple visite, que la constatation d'un état actuel. Les délégués se présentent à l'asile, reçoivent les réclamations des aliénés qu'ils y trouvent et apposent leur visa sur le registre où ils figurent. Et c'est tout. Ils n'ont pas à s'intéresser à des aliénés disparus. Ils ont encore moins le droit de perquisitionner dans les registres clos et ils dépasseraient leur mandat en réclamant

©BIUM

ces registres. Je me demande quel prétexte ils pourraient invoquer pour en requérir la livraison. Le rôle de ces personnages est tout d'actualité et ne peut être compris autrement.

Mais il faut s'entendre.

Un magistrat peut avoir, au cours d'une enquête judiciaire, à consulter le dossier d'un aliéné sorti ou décédé, à prendre connaissance des notes médicales qui le concernent. La justice porte partout ses investigations quand une instruction est ouverte, et toutes les barrières s'abaissent devant elle pour lui permettre de découvrir la vérité. Dans ce cas spécial, le calme des archives peut être troublé et elles sont tenues de livrer leurs secrets. Mais ce n'est pas comme délégué de la loi de 1838 que le magistrat vient instrumenter dans l'asile ; c'est comme défenseur de la chose publique et mandataire de la justice.

Une autre exception peut encore être réclamée par l'autorité préfectorale. En sa qualité de supérieur hiérarchique, le préfet est investi d'un droit universel de contrôle sur l'administration intérieure de l'asile, et son autorité est souveraine touchant l'exploration des documents dont le directeur est le gardien. En les mettant au jour, il assume une responsabilité personnelle et dégage celle du directeur. Mais c'est comme chef de l'administration qu'il s'arroge ce droit, non comme visiteur légal de l'asile.

En dehors de ces cas particuliers, les archives ne s'ouvrent pour personne. Les articles 4 et 12 de la loi de 1838, qui définissent les attributions des visiteurs des aliénés, ne leur confèrent d'aucune façon le mandat de consulter les dossiers des anciens malades ni les registres dont la clôture est accomplie.

Résumons-nous brièvement.

L'asile est un milieu peu favorable à la conservation

©BIUM

du secret. L'aliéné y est fatalement la victime de l'indiscrétion officielle ; il offre lui-même, sous l'influence de son trouble mental, une tendance trop facile à se faire l'agent de divulgations fâcheuses. Les dangers qui naissent de cette situation peuvent être, en partie, conjurés par la vigilance du médecin qui met au service de cette œuvre pieuse l'autorité arbitraire qu'il doit à ses fonctions.

L'aliéniste se trouve en présence d'un devoir austère, plus étendu que celui qui s'impose au médecin voué à la pratique ordinaire. La conduite de ce dernier est purement négative, faite d'abstention. Il voit, entend et découvre des faits secrets, il n'a qu'à garder le silence, d'accord avec son client lui-même. Il se tait et il ne doit pas davantage à ses malades et à la société.

Le médecin d'asile a d'autres obligations. La simple discrétion ne suffit pas à sa conscience, une tâche active s'impose à son zèle. Son intervention peut être efficace, en effet, pour empêcher la propagation du secret dont il devient à l'asile le gardien attitré. Par sa position, il est seul désigné pour un tel rôle, rôle admirable qui fait de lui le protecteur d'une foule.

Aucune loi n'a formulé cette attitude défensive ; mais elle lui est prescrite par l'humanité et par l'honneur professionnel. Il a connaissance des maux qui peuvent résulter d'une indiscrétion et il cherche à les prévenir de toutes ses forces. Il serait coupable de rester sourd à ce précepte inscrit dans toute conscience humaine : qu'on doit toujours s'opposer, quand c'est possible, à la production d'un malheur imminent.

La place qu'il occupe auprès de ses malades lui permet de combattre, par un arbitraire bienfaisant, les tentatives de divulgation dont il est témoin, et il le fait avec courage et sans scrupule. C'est ainsi qu'il oppose un obstacle solide aux manœuvres du dehors, qu'il

©BIUM

atténue, qu'il limite l'indiscrétion officielle dans la mesure compatible avec le respect de la loi, qu'il réprime enfin les écarts des pauvres aliénés, dont la manie expansive peut avoir des conséquences funestes.

Les pages qui précèdent ont pour but de mettre en relief, devant l'insécurité du secret, la mission tutélaire de l'aliéniste.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 MAI 1900.

Présidence de M. MAGNAN

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

A propos du procès-verbal.

M. DOUTREBENTE demande à la Société de revenir à l'ancienne tradition, qui voulait que les noms des membres correspondants et associés étrangers assistant à la séance fussent inscrits au procès-verbal.

Il en est ainsi décidé, et M. le Président annonce que MM. Doutrebente et Giraud, membres correspondants, assistent à la séance.

Mort de M. Desmaisons.

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr Desmaisons, membre correspondant de la Société. M. Desmaisons était le dernier survivant des nombreux élèves d'Esquirol ; il est le fondateur de la maison de santé de Bordeaux.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Coulon, remerciant la Société de la récompense qu'elle lui a décernée pour le concours du prix Aubanel.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Epatismo et neuropatia*, par M. Roberto Massalongho. — M. Arnaud est chargé de faire un rapport sur ce travail.

©BIUM

2° Travaux de la Faculté de Tokio. — M. Christian est chargé d'analyser un des mémoires contenus dans ce fascicule.

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mai.

4° *Annuaire des sociétés savantes*, 1898.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL déclare vacante une place de membre titulaire.

Rapports de candidature.

M. FEBVRÉ. — Messieurs, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, M. le Dr Rayneau, médecin en chef de l'asile d'Orléans, présente de nombreux travaux. Si sa thèse inaugurale, intitulée : « Contribution à l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse », n'a pas trait à notre spécialité, elle n'en offre pas moins un intérêt très grand, résultant à la fois des considérations anatomiques et pathogéniques si judicieuses qu'elle renferme. M. Rayneau étudie particulièrement dans cet ouvrage le fibro-sarcome développé dans la région des adducteurs, il lui donne une évolution spéciale qu'il caractérise par trois périodes bien définies qui comportent à leur tour des indications thérapeutiques différentes. Le chapitre consacré au diagnostic différentiel des tumeurs provenant de la région du ventre, des tumeurs communes au triangle de Scarpa et à la région des adducteurs et enfin des tumeurs propres à cette dernière région, est tracé avec une très grande clarté et témoigne de recherches scientifiques très étendues sur ce sujet très difficile.

Je n'ai pas besoin, Messieurs, de vous rappeler le mémoire si documenté que M. le Dr Rayneau a produit au Congrès des médecins aliénistes qui s'est tenu à Angers, en 1898, et qui a pour titre : « Les troubles psychiques post-opératoires ». A ce moment les opinions étaient très divisées ; la pathogénie de ces troubles psychiques, si variés, échappant à toute espèce de classification, survenant dans des conditions absolument différentes suivant les sujets, n'offrant aucun terme de comparaison dans leur évolution, leur étiologie, leur production, leur durée ou leur terminaison, ne pouvait

©BIUM

être élucidée que par une étude absolument impartiale de la question, étude basée elle-même sur toutes les observations publiées sur le sujet en France et à l'étranger. Un historique aussi complet que possible de la question s'imposait donc à l'auteur, qui était chargé d'aborder un des côtés peut-être les plus obscurs de notre spécialité. M. le Dr Rayneau n'a pas failli à la lourde et délicate tâche qu'il avait assumée. Ses chapitres sur l'historique, la symptomatologie, l'étiologie, l'évolution et la pathogénie des troubles psychiques post-opératoires, sont tracés de main de maître et ont eu certainement pour conséquence de jeter un peu de jour sur ces délires dont la production, tantôt brusque, tantôt lente, semblait désorienter, tant par leur variété que par leurs modes d'évolutions, les aliénistes ou les chirurgiens qui les observaient.

M. Rayneau a su établir le grand rôle de l'hérédité dans ces manifestations délirantes rattachées à tort ou à raison au choc opératoire ou à ses conséquences. Ses statistiques lui ont permis en outre d'aboutir à ces deux conclusions, que les troubles psychiques sont peu fréquents à la suite des opérations, et qu'il n'apparaît pas que les opérations gynécologiques exposent plus que les autres à la folie post-opératoire. Enfin, il a fait une large part, en la circonstance, à l'alcoolisme, à l'anémie, aux stimulants exagérés, à la septicémie et aux auto-intoxications. Il n'attache qu'une importance relative à l'emploi des anesthésiques, chloroforme, éther ou cocaïne.

Les conclusions posées après une telle discussion du sujet, ne peuvent que rallier tous les suffrages. L'observation journalière prouve en effet que la prédisposition héréditaire est un des facteurs principaux de ces délires éphémères ou durables qui semblent découler d'une intervention chirurgicale. A ceux qui, comme nous, assistent si souvent à des opérations pratiquées sur des aliénées, si impressionnables, si émotives, les suites si simples et souvent si heureuses des opérations et l'anesthésie en général obtenue si rapidement et sans période d'excitation bien prononcée, tendent à prouver que l'influence du choc opératoire ou des anesthésiques semble bien diminuée. Aujourd'hui, l'étude des folies post-opé-

©BIUM

ratoires a fait un grand pas grâce au rapport du Dr Rayneau. D'une part, elle mettra en garde les médecins aliénistes et les chirurgiens tentés de pratiquer sur des prédisposés des opérations n'offrant pas un caractère d'urgence absolue ; d'autre part, elle aura pour conséquence indirecte, grâce à des statistiques sur le rôle de la chirurgie en aliénation mentale, de faire reconnaître le rôle humanitaire de la chirurgie appliquée aux aliénés en cours de traitement.

Au Congrès de Toulouse, en 1897, M. le Dr Reyneau a publié une observation très intéressante relatant un cas d'énurésie invétérée guérie par la suggestion hypnotique. Il s'agissait d'une jeune fille âgée de dix ans, à hérédité très chargée, épuisée par des maladies antérieures graves. L'incontinence d'urine datait de six ans, tous les traitements avaient échoué, quand le Dr Rayneau, en désespoir de cause, a cru devoir recourir à l'hypnotisme. Trois séances d'hypnose ont suffi pour amener la disparition définitive de l'infirmité.

Une autre observation du Dr Rayneau a trait à une paralysie hystérique guérie par suggestion. La monoplégie hystérique dont il est question datait de sept ans, affectait le membre supérieur gauche et s'était déclarée à la suite d'une intoxication saturnine. Les antécédents du malade, divers troubles de la sensibilité, un certain degré de retrécissement du champ visuel, les caractères de la paralysie avec contracture non symétrique et sans atrophie musculaire, permirent à M. le Dr Rayneau de diagnostiquer l'hystérie.

Le sommeil fut obtenu par le procédé du professeur Bernheim ; après quatre séances d'hypnotisme, la force musculaire accusée par le dynamomètre se rétablit rapidement.

Enfin, Messieurs, M. le Dr Rayneau a adressé à l'appui de sa candidature cinq rapports médico-légaux, véritables observations scientifiques prises avec un soin scrupuleux, où les antécédents personnels ou héréditaires des inculpés ont été rigoureusement analysés et groupés.

Messieurs, votre commission, composée de MM. Febvré, René Semelaigne et Vallon, vous prie de nommer membre correspondant de la Société médico-psycholo-

©BIUM

gique M. le Dr Rayneau, médecin en chef de l'asile d'Orléans, l'auteur des importants travaux dont je n'ai pu que vous donner une analyse sommaire.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Rayneau est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Magnan, Meuriot et Ritti, rapporteur, chargée de vous présenter la candidature de M. Michel Yanniris au titre de membre associé étranger.

M. Michel Yanniris est médecin et sous-directeur de l'asile des aliénés de Dromocaïtis, en Grèce, et il occupe ces importantes fonctions depuis plus de six ans. Clinicien distingué et travailleur infatigable, il a utilisé les nombreux documents recueillis durant cet espace de temps en une série de publications insérées dans les journaux périodiques de son pays, et relatives à la mélancolie, à la manie simple, à la folie alcoolique, à l'étiologie de la paralysie générale, etc. En ce qui concerne cette dernière affection, notre confrère nous apprend que d'après ses recherches statistiques, elle est assez fréquente en Grèce. Ainsi, sur 597 aliénés entrés dans son asile, 130 étaient atteints de paralysie générale, dont 9 femmes seulement. Pour lui, le « grand facteur » de la maladie est la syphilis ; quant aux excès alcooliques, ils n'y jouent qu'un rôle très effacé.

La folie alcoolique serait d'ailleurs rare en Grèce. Ainsi, sur 714 aliénés, M. Yanniris n'en a trouvé que 25 présentant des symptômes d'alcoolisme, et même la plupart d'entre eux étaient manifestement des dégénérés. Notre confrère attribue la rareté du délire alcoolique en Grèce à la qualité des boissons, qui sont essentiellement hygiéniques, le vin comme le cognac. Nous ne savons si ce sont là les seules raisons qui font qu'en Grèce on n'observe que très rarement les formes aiguës de l'alcoolisme ; mais si cela était, il y aurait peut-être là une indication prophylactique pour les autres pays.

En 1898, M. Yanniris publia un travail assez étendu, en langue grecque, sur « Les folies en Grèce ». Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur, après quelques considérations générales sur la folie et les formes diverses sous lesquelles elle se manifeste dans

©BIUM

son pays, s'applique à rechercher la fréquence de ce genre de maladies. A ce propos, il exprime le regret de ne pas avoir à son service une statistique officielle des aliénés ; mais, à l'aide de données qu'il a pu obtenir, il estime qu'en Grèce il existe de 2.000 à 2.500 aliénés, ce qui donne une proportion de 1 aliéné par 1.000 habitants. Après avoir étudié les causes de la folie, et avoir démontré leur fréquence plus grande dans les villes que dans les campagnes, notre collègue publie, dans la seconde partie, les faits cliniques les plus intéressants qu'il lui a été donné d'observer dans son asile.

M. Yanniris soumet à notre examen deux courtes notes en langue française. La première, insérée dans la *Médecine orientale* (n° de janvier 1898), a pour titre : *Influence du paludisme sur le développement des troubles mentaux*. Elle a pour but de démontrer à l'aide d'observations personnelles : 1° que le paludisme peut donner naissance à la folie, chez des sujets à antécédents vésaniques, héréditaires ou personnels ; 2° que le même paludisme, surtout la fièvre intermittente maligne, peut dans certains cas et après un temps plus ou moins long, faire naître une sorte de terrain de dégénérescence. « Il semble, comme le dit l'auteur, que le cerveau ait subi un trouble de nutrition l'ayant fait descendre au rang des cerveaux dégénérés. »

La seconde note est intitulée : « Un cas de phrénophobie isolée », et a été publiée dans la *Grèce médicale* (numéro de septembre 1897). Il s'agit d'un professeur, âgé de quarante-cinq ans, aux antécédents héréditaires inconnus, mais qui, dès son enfance, était nerveux, irascible, déséquilibré. La lecture d'un livre sur la masturbation, où l'on affirmait que la folie pouvait se développer sous l'influence de ce vice, l'impressionna vivement, et, quelques jours après, pendant son cours, il fut pris tout d'un coup de l'idée qu'il deviendrait fou. « Le malade avait pleine conscience que son idée était absurde, et il faisait de grands efforts sur lui-même pour dissiper cette idée et finir son cours ; il y parvint, bien qu'il éprouvât un extrême malaise, de la chaleur à la tête, et un serrement d'estomac. » Cette crise, de plusieurs heures de durée, fut suivie d'un certain nombre d'autres, toutes identiques ; mais, avec le temps, elles devinrent de plus

©BIUM

en plus courtes et finirent même par disparaître. Aussi, le malade, revenu en parfaite santé, put reprendre ses occupations habituelles.

Les travaux dont nous venons de faire une rapide analyse prouvent le très vif intérêt que notre distingué confrère d'Athènes porte aux questions si intéressantes de psychologie morbide. M. Yanniris mérite donc, à tous égards, d'être des nôtres. Votre commission vous propose de lui accorder le titre de membre associé étranger qu'il sollicite de vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. Yanniris est élu, par acclamation, membre associé étranger de la Société.

Maladies mentales familiales (suite).

M. ARNAUD. — L'intéressant débat soulevé par M. Trénel m'a inspiré l'idée de relever les cas assez nombreux d'affections mentales que j'ai observés à Vanves chez des sujets appartenant à la même famille. Dix-neuf familles m'avaient ainsi fourni quarante-trois malades. Mais M. Trénel m'a fait justement observer qu'en recueillant indistinctement tous les cas survenus dans diverses générations, je m'écartais des conditions dans lesquelles lui-même s'était placé, et, qu'en opérant ainsi, on confondait deux questions distinctes bien que connexes, à savoir, la question de l'hérédité et celle des maladies mentales familiales proprement dites. Tenant compte de cette observation, je n'ai définitivement retenu que les seuls faits appartenant à des malades d'une même génération. Je me suis alors trouvé en présence de *onze familles* donnant *vingt-trois malades*.

Ces sujets ont présenté les formes mentales les plus diverses. Pour éviter une énumération fastidieuse, je me bornerai à l'indication de l'association morbide dans chaque famille.

J'ai trouvé *quatre* cas de délire systématisé de persécution à évolution chronique (délire chronique de M. Magnan); chacun d'eux était associé à une forme différente : mélancolie avec idées de persécution, à évolution chronique,—débilité mentale profonde avec idées de persécution, — débilité mentale avec alcoolisme in-

©BIUM

vétéré, — démence précoce ayant débuté par une phase de délire de persécution.

Dans *deux* autres familles, un délire systématisé chronique à évolution irrégulière (mélange précoce des idées de grandeur et de persécution, marche très rapide, périodes mélancoliques) était associé, dans un cas, à un délire mélancolique récidivant, mais non réellement intermittent, dans l'autre cas à un état de demi-imbécillité.

La septième famille était représentée par un frère sourd-muet, ayant des idées de persécution et de grandeur, et par une sœur atteinte de démence précoce.

Dans la huitième famille, deux sœurs ont eu, au même âge, un accès de mélancolie franche, resté parfaitement guéri depuis plus de dix ans.

Dans la neuvième, deux sœurs ont eu, sous l'influence de leur mère, un délire de persécution systématisé, qui a guéri en quelques mois par l'isolement.

Dans la dixième, nous trouvons, chez deux frères, un état de délire mélancolique avec aboulie très accentuée et une folie du doute.

Enfin, la onzième famille nous donne deux frères, fils de suicidé, qui se suicident tous les deux à quelques jours de distance.

Ce qui frappe le plus, dans la réunion de ces faits, c'est leur dissemblance, qui ne nous permet pas de retrouver ici les caractères d'affections familiales véritables. On peut retenir une seconde indication, à savoir, la parenté des délires systématisés réguliers avec les formes dites dégénératives, ce qui est conforme à la manière de voir des auteurs allemands.

Cependant, je ne me crois pas autorisé à formuler, d'après ces faits, une opinion négative et à dire : il n'y a pas de maladies mentales familiales. Je pense, au contraire, par analogie avec ce qui a été observé en neuropathologie, qu'il doit exister des types familiaux pour les affections mentales. Si les exemples connus en sont rares, c'est sans doute que l'attention n'a pas encore été attirée sur ce point particulier. Une observation plus attentive et la réunion de faits plus nombreux donneront vraisemblablement des résultats positifs, et je pense qu'on les rencontrera surtout en étudiant à ce point de

©BIUM

vue les psychoses dites *dégénératives*, encore si incomplètement connues.

M. DOUTREBENTE. — Les maladies mentales dites familiales, à type similaire, dans une même génération, nous ont toujours paru constituer une exception ; et, en dehors des cas cités par les auteurs, et relatifs à la folie suicide ou des jumeaux, je n'ai pas eu l'occasion d'en observer des exemples.

J'ajouterai avec mon maître Morel, que les types dissemblables dans la famille se rencontrent là où existe l'hérédité morbide, et que les types similaires appartiennent à des familles différentes, ayant d'ailleurs en fait d'hérédité morbide des analogies frappantes.

M. TAGUET. — J'ai publié autrefois l'observation de trois garçons et deux filles séquestrés le même jour et atteints de folie religieuse.

M. CHRISTIAN. — Si j'ai bien compris l'idée de M. Trenel sur ce qu'il appelle *les maladies familiales*, elle consiste à établir que, dans les familles vouées à la folie, celle-ci revêt des caractères identiques chez les différents membres qui en sont atteints. Ainsi, quand plusieurs frères et sœurs sont atteints d'aliénation mentale, celle-ci aurait chez tous la même apparence, évoluerait de la même façon. J'ai quelquefois rencontré des familles dans lesquelles les choses se sont passées ainsi ; mais d'autres fois il en a été tout différemment. C'est une question très intéressante que celle soulevée par M. Trenel ; mais je doute qu'on puisse actuellement formuler une loi générale.

M. GIRAUD. — Je crois que les conclusions qui viennent d'être formulées sont trop absolues contre M. Trenel. Il me semble que la vérité est entre les deux et qu'il peut y avoir des formes semblables d'aliénation mentale avec la même hérédité.

M. BRIAND. — Je ne sais pourquoi on refuse à deux frères ou sœurs le droit d'adopter les mêmes formes délirantes, alors que cette faculté est mise à contribution chez des aliénés étrangers l'un à l'autre. Je citerai l'exemple de frères et sœurs atteints alternativement de manie intermittente caractérisée par des accès tellement similaires que les parents, guéris, prévoyaient les différentes phases de la maladie du frère traité à l'asile. J'ai

©BIUM

présent à l'esprit le souvenir de plusieurs sœurs atteintes de folie puerpérale à chacune de leurs couches. Deux sœurs sont atteintes de délire mélancolique identique, etc., etc. On ne peut donc pas dire qu'il n'existe pas de maladies mentales familiales, si l'on donne à cette terminologie le sens que lui attribue M. Trenel.

M. MAGNAN. — J'ai remarqué maintes fois des syndromes épisodiques se retrouvant les mêmes chez les frères ou sœurs et chez les parents des malades. Je crois que, tout en disant que tous les membres d'une même famille ne sont pas voués à des délires similaires, il faut cependant reconnaître que les cas de troubles semblables sont assez fréquents. Il suffit de faire appel à ses souvenirs pour en retrouver beaucoup.

M. DOUTREBENTE. — On me fait dire que les types similaires familiaux ne peuvent pas se produire dans les conditions indiquées par M. Trenel ; c'est là une exagération. J'ai simplement dit que je n'avais pas observé cette catégorie de faits dans les nombreuses familles dont j'ai fait l'étude généalogique en 1867 et 1868 et depuis cette époque.

M. RITTI. — Pour que la discussion puisse aboutir, il me semble qu'il faudrait bien définir ce qu'il faut entendre par *maladie mentale familiale* ; je demanderai donc à M. Arnaud de vouloir bien nous donner cette définition.

M. ARNAUD répond qu'une maladie familiale peut être définie *une maladie de même aspect clinique, frappant dans une famille deux ou plusieurs membres de la même génération.*

La question des maladies mentales familiales, connexe à la question de l'hérédité, en est cependant distincte. On peut dire que toutes les maladies familiales sont héréditaires, mais non que toutes les maladies héréditaires sont familiales. Quel que soit le mode de la transmission héréditaire, similaire ou dissemblable, ce qui constitue la maladie familiale, c'est l'analogie que présentent les cas *dans une même génération.* Et de même que les maladies familiales admises en neuropathologie (maladie de Friedreich, certaines myopathies, etc.) diffèrent des affections observées chez les ascendants, de même il est vraisemblable, d'après les

©BIUM

quelques faits connus, que les maladies mentales à type familial réalisent des formes cliniques particulières, au moins dans une certaine mesure, et plus ou moins différentes des grandes formes régulières généralement décrites. Aussi, est-ce vraisemblablement dans le groupe encore informe des psychoses dites dégénératives, si profondément modifiées par les influences héréditaires, que l'on rencontrera de préférence les maladies mentales familiales.

Si, dans les observations qu'il a communiquées à la Société, ne se rencontrent pas des types familiaux, M. Arnaud n'en considère pas moins l'existence de ces types comme très probable.

M. LEGRAIN voudrait qu'on adoptât un vocable autre que celui de maladie mentale familiale, parce que la famille ne comprend pas seulement une génération.

M. MAGNAN. — Je persiste à croire que plus on y réfléchit, plus on demeure convaincu de la fréquence des types similaires dans une même génération.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 25 JUIN 1900.

Présidence de M. MAGNAN.

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

MM. Doutrebente, Colin, Marie et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. TOULOUSE présente une rectification à propos de la non-publication dans les *Annales médico-psychologiques* de son dernier mémoire lu en séance, lequel était original et non résumé d'après un travail publié ailleurs.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Je ferai observer que le travail dont il est question a été publié dans la *Revue de Psychiatrie*, avec une note ainsi conçue : « Une com-

©BIUM

munication donnant le résumé de ce mémoire a été faite le 29 janvier 1900 à la Société médico-psychologique. » Or, ce n'est pas ce résumé qui m'a été envoyé, mais bien le mémoire complet, avec la suppression de quelques phrases seulement.

Et d'abord, il est de tradition dans notre Société, en dehors même du règlement qui est formel à ce sujet, que les travaux lus devant nous paraissent d'abord dans les *Annales*, et ensuite qu'ils figurent dans nos comptes rendus tels qu'ils ont été communiqués et non pas avec des additions et des développements qui n'ont pas trouvé place en séance.

Mort de M. Korsakoff.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le vif regret de vous annoncer la mort d'un de nos membres associés les plus éminents, du professeur Korsakoff, de Moscou, dont le nom reste attaché à l'importante étude des polynévrites. Korsakoff était un savant, un clinicien distingué, un professeur qui, par le charme de la parole, par son éloquence persuasive, savait inspirer à ceux qui l'entendaient le goût de la psychiatrie, l'amour de l'aliéné et l'ardent désir de lui être utile. De plus, Korsakoff, que j'ai eu l'honneur de compter parmi mes amis, était un homme de bien. D'une modestie sans égale, sa générosité se répandait discrètement autour de lui, aussi bien pour les élèves que pour les étudiants pauvres et ses malades.

C'est une grande perte pour l'Université de Moscou, une grande perte pour la psychiatrie.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Yanniris, d'Athènes, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger;

3° Une lettre de M. Antheaume, posant sa candidature au titre de membre titulaire. — Commission : MM. Joffroy, Magnan et Vallon, rapporteur;

4° Une lettre de M. Luigi Mongeri, de Constanti-

©BIUM

nople, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Falret, Brunet et Arnaud, rapporteur ;

5° Une lettre du Congrès international de déontologie médicale demandant de désigner des délégués. — MM. Roubinovitch et Toulouse sont nommés délégués ;

6° Une circulaire de la Société médico-chirurgicale de Paris pour la réception des médecins étrangers.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophénopédie*, par M. le Dr H. Thulié ;

2° *La maison nationale de Charenton*, par M. Ch. Strauss ;

3° *Annales de la Société belge de neurologie.*

4° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de juin.

Rapport de candidature.

M. Toulouse. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société le rapport fait au nom de MM. Pactet, Sérieux et Toulouse sur la candidature de M. Vaschide au titre de membre associé étranger.

M. Vaschide est né le 7 décembre 1873 à Buzen (Roumanie). Licencié ès lettres et en philosophie, il fut envoyé en France, il y a quatre ans, par le gouvernement roumain, pour compléter ses études. Déjà il s'était rendu compte que la psychologie devait avant tout être expérimentale et que, sans négliger les analyses psychologiques des anciens philosophes, elle devait préciser ses méthodes d'investigation et baser la recherche des lois sur l'observation de sujets nombreux groupés pour des moyennes. C'est dans ce sens qu'il a travaillé pendant plus de trois ans au Laboratoire de Psychologie physiologique de l'Ecole des Hautes-Etudes. Seul ou en collaboration avec le directeur, M. Binet, il a apporté d'importantes contributions à la psychologie expérimentale. Parallèlement il s'instruisait dans la technique physiologique dans le laboratoire de M. François-Franck, au Collège de France. Dans ces derniers temps, il a aussi fait des recherches dans le laboratoire de psychologie de la clinique des maladies nerveuses dirigé par notre collègue, M. Pierre Janet, et enfin dans le laboratoire

©BIUM

du service de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif, où il prépare sa thèse de doctorat ès lettres.

Ses travaux sont trop nombreux pour être tous cités ici ; nous ne dirons un mot que des principaux. Ses mémoires concernant l'*Influence des phénomènes psychiques sur la pression du sang*, en collaboration avec M. Binet, constituent les premiers travaux méthodiques faits sur ce sujet. La critique de la technique est rationnelle et les conclusions sont celles-ci : les excitations sensorielles fortes, fatigantes ou énervantes, produisent une augmentation moyenne de 10 à 15 millimètres de pression ; le travail intellectuel extrêmement intense provoque une augmentation un peu plus élevée (20 millimètres) ; une émotion spontanée très forte, qu'elle soit de nature agréable ou pénible, élève la pression de 30 millimètres ; une dépense musculaire considérable, sans suspension de la respiration, élève aussi la pression de 30 millimètres.

Dans un autre travail sur la *Mémoire immédiate des mots*, M. Vaschide critique la théorie de l'association, qui ne peut expliquer le phénomène de la localisation des souvenirs. Les procédés de localisation ne reposent pas tous essentiellement sur la mémoire ; quelques-uns mettent en jeu le raisonnement, qui dirige ou contrôle le souvenir. Il n'y a pas un processus unique de localisation, mais plusieurs processus, et de nature bien distincte.

Dans la quatrième *Année psychologique*, M. Vaschide a, en collaboration avec M. Binet, exposé, en dix-huit mémoires originaux (p. 1-316), les résultats d'un grand nombre d'expériences sur la force musculaire, sur la respiration, la circulation du sang, la physiologie des muscles, la répartition de la fatigue, la capacité vitale, etc., faites sur quatre-vingts jeunes gens de douze à vingt ans. Ces auteurs ont — appliquant une idée nouvelle — comparé les indications données par les différents textes sur la force musculaire et essayé d'établir une corrélation entre les diverses épreuves physiques et mentales.

On doit également à M. Vaschide, en collaboration avec M. Binet, la construction d'un nouvel ergographe, dit ergographe à ressort (C. R. Académie des Sciences,

©BIUM

1898). L'appareil diffère théoriquement de celui de Mosso, par la substitution au poids d'un ressort par lequel on peut mesurer la force de chaque contraction musculaire.

M. Vaschide a publié également dans la quatrième *Année Psychologique* (356-369) une observation très-intéressante concernant l'influence du travail intellectuel prolongé sur la vitesse du pouls. C'est la première observation méthodique qui a été faite dans cet ordre de faits.

Dans la *Rivista Sperimentale di Freniatria* (1898), M. N. Vaschide a, dans un mémoire sur l'*Influence de l'attention durant le sommeil*, apporté sur ce sujet des documents et des expériences qui sont les premiers de ce genre.

M. Vaschide a été, pendant quatre années, un des principaux collaborateurs de l'*Index psychologique*.

A l'Académie des sciences, dans le courant de l'année 1899, M. Vaschide a fait connaître le résultat de ses nombreuses et intéressantes recherches sur les rêves. Des expériences pratiquement poursuivies le poussent à admettre la continuité des rêves pendant le sommeil. Il a, avec la collaboration de M. Van Melle, présenté, dans une autre communication à l'Accadémie des sciences, une nouvelle hypothèse concernant la nature des conditions physiques de l'odorat. MM. Vaschide et Van Melle inclinent à croire que l'olfaction se fait par vibration.

Dans la *Revue philosophique* (2e semestre 1899), M. Vaschide a publié un long article sur l'état du pouls radial pendant les émotions. La théorie James-Lange ne paraît pas être justifiée aux yeux de l'auteur, qui incline à penser que l'activité mentale est le phénomène initial du ton émotif et reste l'élément différentiel entre les diverses manifestations.

Depuis dix-huit mois, M. Vaschide travaille dans le laboratoire de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif, avec lequel il poursuit la recherche de méthodes de mesure pour l'examen individuel (sens et intelligence). Dans plusieurs communications à l'Académie des sciences et à la Société de Biologie, ces deux auteurs ont exposé de nouvelles méthodes pour la mesure des diverses sensa-

©BIUM

tions. L'idée générale qui réunit ces recherches, c'est la nécessité de réaliser des mesures dont les conditions soient exactement déterminées, de manière que les résultats des différents expérimentateurs deviennent comparables. La plupart de ces appareils sont actuellement exposés au pavillon de la Ville de Paris. Comme application de ces méthodes, ces deux auteurs ont fait une série de recherches sur l'odorat chez les enfants, les adultes et les vieillards des deux sexes, dans l'état de fatigue et dans divers états pathologiques (épilepsie, hystérie et paralysie générale). Ils ont aussi trouvé un nouveau moyen de vérifier avec les solutions décimales d'eau camphrée la loi de Weber-Fechner sur le rapport de la sensation à l'excitation olfactive.

L'ensemble de ces travaux est d'un grand intérêt en psychiatrie, bien que la plupart ne concernent que la psychologie normale. Mais est-il besoin de déclarer, ainsi que le disait Claude Bernard au sujet de l'identité de la physiologie et de la pathologie, qu'il n'y a qu'une psychologie? Les progrès de la psychiatrie considérée comme étude des troubles mentaux sont liés aux progrès de la psychologie expérimentale. Et ce qu'il faut à toutes deux, dont l'objet est le même, ce sont de bonnes méthodes de mesure, qui permettent d'établir les conditions d'un phénomène qui devient ainsi un fait réellement scientifique, puisque les conditions en sont exactement déterminées.

La commission propose d'élire M. Vaschide comme membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

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

Déformation des oreilles chez les lutteurs japonais. Rapport sur un travail de M. Yasusaburo Sakaki.

M. Christian. — Dans le recueil de mémoires publiés par la Faculté de médecine de Tokio en 1899, j'ai trouvé, t. IV, n° 6, un travail fort intéressant d'un étudiant en médecine, M. Sakaki, sur les *déformations du pavillon de l'oreille* que l'on observe chez les lutteurs japonais.

©BIUM

Il existe au Japon une corporation de lutteurs de profession. Ce sont des hommes robustes, vigoureux, de forte taille (1), dont la vigueur et l'endurance sont encore augmentées par l'entraînement systématique auquel ils se soumettent chez un maître lutteur qui les prend en apprentissage. Il y a quatre de ces maîtres lutteurs à Tokio ; chacun d'eux a environ quarante élèves. De temps en temps ces groupes de lutteurs parcourent le pays, donnant dans les localités importantes des représentations très courues. Une fois par an ils se réunissent à Tokio et concourent entre eux. Le concours dure dix jours ; il a lieu dans le voisinage d'un temple fameux. Les amateurs accourent en foule ; des prix sont décernés aux vainqueurs.

La lutte a lieu sur un espace d'environ 5 mètres de diamètre couvert d'une épaisse couche de sable, et délimité par vingt et un sacs en paille également remplis de sable. C'est là le champ de la lutte. Chaque fois qu'un lutteur est poussé hors de cette enceinte, il est déclaré vaincu, tout comme celui que son adversaire parvient à renverser par terre.

L'épreuve est surveillée par un juge qui donne le signal du commencement et de la fin. Il tient à la main droite un éventail en forme de poire qu'il élève en l'air, en même temps qu'il proclame le nom du vainqueur.

La lutte est soumise à des règles minutieuses ; il n'y a que quarante-huit mouvements d'attaque qui soient permis ; sur ces quarante-huit, il en est deux qui doivent nous intéresser spécialement, en raison de leur action directe sur l'oreille.

L'un, qu'ils appellent *Harite*, est une sorte de soufflet directement appliqué sur l'oreille ; celle-ci pourrait donc être lésée par violence directe. Mais ce moyen est peu usité ; un lutteur qui se respecte rougirait de l'employer.

Un autre mouvement d'attaque, qu'on appelle *Sashite*, nous intéresse au contraire d'une façon toute particulière. Il consiste en ceci : le lutteur, appliquant son

(1) Le texte dit : d'une taille gigantesque (riesig gebaut). Or, dans les observations de Sakaki, je constate que la taille la plus élevée n'est que de 1 m. 75, ce qui, chez nous, ne serait pas une taille de géant.

©BIUM

visage sur la poitrine de son adversaire, entoure le tronc de son bras et cherche à le renverser. Il est clair, que dans cette attitude, le pavillon de l'oreille, droite ou gauche, est exposé à une forte pression, avec froissements plus ou moins prolongés, d'où peuvent résulter des contusions et des ecchymoses.

En examinant les oreilles de 72 lutteurs réunis à Tokio pour le concours annuel, l'auteur a trouvé chez 29 d'entre eux des déformations caractéristiques, soit récentes, soit anciennes. Et ces 29 cas se répartissent ainsi :

Oreille droite.	11
Oreille gauche.	9
Des deux côtés	8
Indéterminé.	1
	29

Or, en examinant les dessins et les photographies qui accompagnent le mémoire de Sakaki, il est aisé de voir que les lésions du pavillon de l'oreille qu'il a trouvées chez ses lutteurs sont absolument identiques avec celles de l'hématome que nous observons chez les aliénés, notamment chez les paralytiques généraux. Dans les deux cas (Obs. I et II) où l'auteur a assisté au début de l'affection, on voit, par la description qu'il donne, que c'est tout à fait ainsi que se développe l'hématome de l'oreille dans nos services : il s'agit donc d'une seule et même affection.

C'est la thèse que soutenait Gudden, il y a plus de quarante ans (*Allgem. Zeitschrift. f. Psychiatrie*, vol. XVII) ; son principal argument, il le puisait dans les altérations de l'oreille qu'il avait trouvées sur les bustes des statues des lutteurs antiques, et principalement de ceux dits *pancrationtes* ; Gudden en concluait que l'hématome de l'oreille est toujours dû à une violence extérieure, et beaucoup d'aliénistes avaient adopté cette opinion. J'avoue que j'avais cru le contraire ; j'étais resté persuadé de l'origine spontanée de la tumeur de l'oreille. Et voici ce qui avait entraîné ma conviction : chaque fois. qu'apparaissait parmi mes malades un hématome, j'examinais très attentivement l'organe ; je recherchais avec le plus grand soin s'il y avait à la sur-

©BIUM

face de la tumeur ou dans son voisinage immédiat une écorchure, une ecchymose, une éraillure quelconque, quelque chose en un mot qui pût être attribué à une violence extérieure : jamais je n'ai pu constater la plus légère altération de ce genre. Donc il me paraissait impossible que la tumeur fût le résultat d'un traumatisme direct. L'étiologie que nous révèle M. Sakaki donne une explication plausible : chez nos paralytiques comme chez les lutteurs japonais, il peut se produire une série de froissements (ne serait-ce que par le frottement de la tête sur l'oreiller), qui agiraient sur le pavillon de l'oreille d'une façon identique dans les deux cas.

Mais, même en admettant que les choses se passent ainsi, il faut encore une prédisposition spéciale, et c'est ce que les lutteurs du Japon savent très bien. Ceux, disent-ils, dont le pavillon de l'oreille est rigide, résistant, ont facilement un hématome ; jamais il n'en survient chez ceux dont l'oreille est molle, flexible, élastique.

En résumé, le mémoire de l'auteur japonais apporte des arguments sérieux à l'appui de l'origine traumatique de l'hématome. Mais s'il en est ainsi, comment expliquer la rareté extrême de l'hématome en dehors des paralytiques généraux ?

Il n'est peut-être pas d'organe plus exposé aux violences extérieures que le pavillon de l'oreille, non seulement chez l'adulte, mais encore et surtout chez l'enfant. Et cependant il n'est fait mention de cette tumeur de l'oreille dans aucun ouvrage de chirurgie. Personne ne l'avait observée en dehors des asiles d'aliénés. Il reste donc encore plus d'une inconnue à dégager. J'ai pensé néanmoins que le mémoire que je viens d'analyser offre assez d'intérêt pour mériter de retenir quelques instants l'attention de la Société médico-psychologique.

M. MAGNAN. — J'ai toujours cru que la cause principale de l'hématome de l'oreille était le traumatisme. Dans tous les cas que j'ai observés, j'ai trouvé des froissements provoqués par des infirmiers. Autrefois, étant interne à Lyon dans le service d'Arthaud, j'ai vu une véritable épidémie d'othématomes, et je m'aperçus que les infirmiers avaient l'habitude de prendre les malades par la tête en appuyant sur les oreilles. Mais, à part un ou deux cas, je n'ai jamais trouvé d'othématome spon-

©BIUM

tané. A chaque autopsie, j'ai toujours rencontré une rupture du cartilage qu'un hématome ne me paraît pas capable de produire.

M. CHRISTIAN. — Cependant il faut reconnaître que les traumatismes de l'oreille sont très fréquents et qu'on ne voit pas beaucoup d'hématomes. Dans aucun ouvrage de chirurgie il n'en est fait mention. Il semble donc bien qu'il y ait quelque chose de particulier.

M. ARNAUD. — Je crois que le traumatisme est la cause la plus fréquente. J'ai vu le fait se produire sous mes yeux : un malade, ni paralytique ni dément, s'est jeté par terre en se frappant la tête contre le sol et l'hématome s'est produit. Mais je ne crois pas que le traumatisme soit suffisant et, à ce point de vue, les observations de M. Christian sont parfaitement justes. Dans les asiles, on observe surtout l'hématome chez les paralytiques généraux, les déments et les maniaques. Le traumatisme est nécessaire ; mais il faut peut-être encore autre chose.

M. BRIAND envisage comme un argument très important en faveur de son origine traumatique ce fait que l'othématome est très rare dans les services de femmes. Cette rareté tient à ce que les infirmières n'emploient pas les mêmes procédés que les hommes pour maintenir les aliénés agités. Il ne saurait dire si une prédisposition des tissus est nécessaire pour expliquer la production de la lésion.

Maladies mentales familiales (suite).

M. BOISSIER. — Il me semble que dans la discussion de la dernière séance à propos des maladies mentales familiales, on s'est un peu trop écarté de l'idée exprimée par MM. Fouque et Trénel. Ceux-ci ne disent pas que les maladies similaires frappant plusieurs membres d'une même génération dans une famille présentent toujours un caractère particulier, pas plus qu'ils ne nient le rôle de l'hérédité. Ils veulent seulement savoir si, au nombre de ces maladies familiales, il n'en est pas quelques-unes qui revêtent précisément dans leur symptomatologie ou dans leur évolution des particularités permettant de les distinguer des formes spo-

©BIUM

radiques, communes ou accidentellement familiales ; particularités qui permettraient aussi de prévoir, en présence d'un cas isolé, la répétition, ou de deviner l'existence de ce même cas chez d'autres membres de la même famille. Ils considèrent les affections héréditaires comme suffisamment connues pour ne pas nécessiter une enquête analogue, et c'est simplement en cela que l'hérédité ne les préoccupe pas en raison du point de vue séméiologique nouveau auquel ils se placent ; mais ils reconnaissent parfaitement le rôle étiologique de celle-ci ; ils disent même (p. 8) : « On ne peut évidemment pas compter rencontrer une absence complète d'antécédents héréditaires dans les maladies mentales, ces maladies héréditaires par excellence, et même quand les renseignements sont incomplets ou nuls, on est toujours en droit de supposer une tare mentale. » La cause héréditaire n'est donc nullement éliminée ; mais ils veulent ici chercher des caractères nouveaux dans le domaine familial dans le sens collatéral, en lui appliquant une méthodes éméiologique qui a déjà donné des résultats acquis dans un sens héréditaire. Ils disent aussi plus haut : « Le caractère familial des maladies sera rarement tout à fait pur, plus rarement encore que dans les maladies nerveuses familiales. »

C'est qu'ils ne prétendent pas, en effet, trouver des types exclusivement familiaux, aussi nets et aussi tranchés que ne l'est par exemple la chorée d'Huntington ; ils demandent seulement qu'il soit fait des recherches à ce point de vue et montrent que pour leur part ils ont vu des cas où ce rapprochement était au moins ébauché, comme on peut le voir pour les familles C. et V. Encore les auteurs conservent-ils une prudente réserve et demandent-ils à des investigations nouvelles la confirmation de leur hypothèse. J'ai, à la demande de M. Trénel, recherché parmi les faits que j'ai pu voir si quelques-uns pouvaient répondre à la question ainsi posée. Je retrouve dans mes souvenirs deux sœurs chez qui alternaient des accès périodiques de manie, mais il s'agissait ici de folie gémellaire ; dans une autre famille, deux frères d'âge différent sont atteints d'excitation maniaque raisonnante, mais sans aucun caractère

©BIUM

spécial. Je viens de voir une famille D..., où la fille aînée, Elise, est devenue mélancolique, avec idées vagues de culpabilité imaginaire, tendance à la stupeur et sitiophobie à la ménopause ; malgré les conseils de plusieurs médecins, la famille n'a jamais voulu isoler la malade pendant deux ans, et a cherché à la distraire. Naturellement ce traitement a aggravé la maladie et l'internement est devenu nécessaire ; la sœur cadette est aussi devenue mélancolique avec des symptômes identiques au moment de la ménopause ; mais cette fois, mieux avisés, les parents ont consenti au traitement rationnel et la malade a guéri. Le frère, beaucoup plus jeune, a des périodes de tristesse et est un douteur perplexe.

Dans une famille Al..., la fille aînée est grande hystérique avec anorexie, dépression, et périodes délirantes ; la fille cadette, hystérique aussi, anorexique et déprimée, mais sans délire jusqu'à présent. Dans une autre famille Gou..., trois garçons sur cinq sont épileptiques avec débilité mentale et troubles psychiques consécutifs aux attaques. L'aîné a disparu à la suite d'une fugue ; le second est un simple impulsif. Quant aux trois malades, qui avaient quand je les ai vus dans le service de M. Magnan, 22, 19 et 15 ans, le *morbus sacer* avait débuté chez eux dès la seconde enfance par des vertiges ; bientôt étaient survenues des crises convulsives typiques fréquentes, ne laissant guère d'intervalles calmes de plus de dix jours. Les attaques étaient suivies de plusieurs heures d'agitation maniaque avec impulsions agressives, puis d'obtusion intellectuelle qui durait assez longtemps.

Rien en tout cas dans ces quelques faits ne permet de trouver un caractère particulier distinguant les affections qui les constituaient de ce qu'elles sont habituellement. Mais ce résultat négatif ne suffit pas pour infirmer les données de M. Trénel, qui peuvent en des cas mieux choisis et certainement assez rares trouver leur confirmation. Mais à un autre point de vue et comme malgré tout on est tenté d'examiner le côté étiologique des faits que l'on rencontre, j'ajouterai que dans aucune des familles précitées, il n'y avait eu d'aliéné chez les antécédents, bien que les tares ne fissent point défaut.

Dans la famille Du..., le père, bien pondéré, était

©BIUM

mort à quarante-cinq ans d'hémorragie cérébrale ; la mère, qui vit en bonne santé, est d'une indécision presque pathologique. Dans la famille Al... (filles hystériques), le père est alcoolique, la mère indécise à l'excès. Dans la famille Gou..., la mère est émotive et peu intelligente ; le père paraît bien portant, il est seulement atteint de blésité, ce qui semblerait montrer qu'en matière d'hérédité des causes relativement légères peuvent produire des effets graves, et que si, comme l'a dit Morel, des affections mentales disparates dans une même génération indiquent une tare profonde et généralisée, des affections similaires et identiques peuvent n'indiquer qu'une tare plus légère et plus localisée, mais qui peut néanmoins frapper durement une famille.

M. ARNAUD. — Je n'ai pas nié l'hérédité, loin de là. J'ai eu soin, au contraire, de dire que les maladies familiales étaient toujours héréditaires. Mais ce qu'il serait intéressant de démontrer, ce serait l'existence d'un type particulier permettant de faire de la maladie mentale familiale un type à part.

M. DANIEL BRUNET. — Pour établir de la précision dans la discussion qui a lieu actuellement devant la Société sur les maladies mentales familiales, il importe de les bien définir, tous les auteurs n'attachant pas au mot familial la même signification. MM. Londe (1), Pauly et Bonne (2), Lorrain (3), qui les ont bien étudiées, leur attribuent les quatre caractères suivants : 1° elles atteignent sans changer de forme plusieurs enfants d'une même génération ; 2° elles débutent à peu près au même âge chez les enfants de cette génération ; 3° elles sont indépendantes de toute influence extérieure, d'affections accidentelles intra-utérines, ou survenues après la naissance; elles sont en un mot dues exclusivement à une altération d'un ou des deux germes ; 4° ces divers caractères constituent la règle et non l'exception. Le premier caractère ne peut pas ne pas

(1) Londe. De l'hérédo-ataxie cérébelleuse.] *Thèse* de Paris, 1895.
(2) *Revue de médecine*, n° 3, 1897.
(3) Paraplégie spasmodique familiale.

©BIUM

exister ; mais on néglige parfois les trois autres. Le troisième caractère est d'ailleurs très difficile à constater et, dans les maladies congénitales ou de la première enfance, il est difficile de se prononcer sur lui d'une manière certaine, de l'affirmer ou de le nier. M. Féré (1) préfère, avec raison suivant nous, le nom de maladies fraternelles similaires à celui de maladies familiales, qui paraît comprendre, d'après son nom, non seulement les maladies fraternelles, mais aussi celles des ascendants et des descendants.

Les maladies familiales peuvent s'accompagner d'hérédité homologue ou d'hérédité hétérologue. Dans le premier cas, qui est le plus rare, pour toutes les maladies nerveuses et surtout pour l'aliénation mentale, les maladies des enfants sont non seulement similaires, mais elles ressemblent aussi à celles des parents, tandis que, dans le second cas, elles en diffèrent.

L'hérédité hétérélogue tient, d'une part, à ce que les maladies mentales, pour la plupart d'entre elles, ne constituent pas des espèces morbides bien distinctes les unes des autres, et de l'autre à ce que la transmission héréditaire de ces maladies, comme Morel l'a constaté le premier (2), étant progressive, elles vont en s'aggravant d'une génération à la suivante, pour aboutir à la non-viabilité des enfants, à la stérilité des parents, fait heureux pour empêcher la dégénérescence de notre race.

Dans le relevé des cas d'aliénation mentale héréditaire à l'asile d'Evreux que j'ai fait, en 1894, avec M. Vigouroux et qui a été communiqué au Congrès de Clermont, la progression héréditaire ne laisse aucun doute. L'imbécillité produit l'idiotie, la folie débute chez les descendants à un âge moins avancé que celle des parents, est plus incurable, n'est guère susceptible que de rémissions plus ou moins prolongées, aboutit plus vite à la démence. Nous n'avons pas trouvé d'enfants nés de femmes atteintes d'idiotie, qui a pour caractère

(1) *La famille névropathique*, 2e éd. 1898.
(2) Morel. *Archives de médecine*, 1867. *Traité de médecine mentale*, p. 53.

©BIUM

la stérilité ; sur les dix enfants nés de femmes imbéciles, deux étaient morts au moment de leur naissance, six ont succombé de cinq jours à cinq mois, un à treize mois, et un seul a survécu jusqu'à huit ans, âge auquel il est mort dans un incendie qu'il avait allumé par mégarde ou intentionnellement.

La ressemblance des maladies mentales entre frères et sœurs est très fréquente. Nous l'avons trouvée plus ou moins complète douze fois sur quatorze familles que nous avons pu examiner à ce point de vue. Voici un résumé succinct de ces maladies dans ces douze familles.

Première famille. — Un dément a un fils et une fille imbéciles. Celle-ci a un fils idiot et une fille dénuée de sens moral. Elle a eu deux jumeaux morts à cinq mois.

Deuxième famille. — Pas d'hérédité connue. Une fille idiote a une sœur idiote épileptique.

Troisième famille. — Pas d'hérédité. Mère ayant eu onze enfants : Le premier, le deuxième, le quatrième sont morts peu de temps après leur naissance, le neuvième du croup ; le troisième, un garçon, est imbécile ; le dixième est une fille idiote. Les autres enfants sont bien portants.

Quatrième famille. — Père et mère alcooliques : deux filles imbéciles, un frère facteur des postes, alcoolique.

Cinquième famille. — Père mort à cinquante-six ans d'une maladie de langueur. C'était un homme intelligent, à l'esprit inventif, mais sans fixité dans les idées et la conduite : deux fils imbéciles avec perversion morale.

Sixième famille. — Deux filles atteintes de mélancolie anxieuse, l'une à cinquante et un ans, l'autre à cinquante-six ans. Toutes deux ont eu des idées de suicide à dix ans d'intervalle. Hérédité inconnue.

Septième famille. — Père mort paralysé. Deux filles atteintes de mélancolie anxieuse, la plus jeune à trente-ans, avec idées de suicide, l'autre à soixante-quatre ans.

Huitième famille. — Grand'mère épileptique ; huit enfants dont deux fils alcooliques. L'un d'eux, marié à une femme goutteuse et alcoolique, mort d'un cancer de l'estomac, a deux fils, l'un mort d'un cancer gastrique, l'autre porteur de stigmates physiques de dégénérescence, bon ouvrier maçon, ayant une passion irrésistible

©BIUM

pour l'alcool, qui ne permet pas de le laisser en liberté ; l'autre fils de la grand-mère épileptique a quatre filles dont l'une vit de la haute prostitution et les trois autres ont été atteintes d'accès de mélancolie qui a présenté chez elles quelques différences. L'accès de l'aînée a eu lieu à trente ans, douze ans après un accès de manie, et a entraîné la mort à trente-cinq ans ; celui de la cadette est survenu à l'âge de quinze ans et a guéri au bout de cinq mois ; il consistait en des pleurs, des lamentations auxquels succédaient parfois des éclats de rire et des éclairs de raison. L'accès de la plus jeune a débuté à vingt-trois ans, a été compliqué d'une tentative de suicide et s'est terminé par la démence.

Neuvième famille. — Pas d'antécédents héréditaires connus. Deux sœurs atteintes de manie intermittente dont le premier accès a débuté chez l'une et chez l'autre à vingt-cinq ans.

Dixième famille. — Ni hérédité nerveuse, ni syphilitique. Femme atteinte de paralysie générale à quarante-cinq ans, frère atteint de la même maladie à trente-sept ans.

Onzième famille. — Oncle maternel épileptique. Mère assez peu intelligente. Un frère et une sœur épileptiques ; une autre sœur hystéro-épileptique.

Douzième famille. — Sœur et frère déments après avoir été tous deux alternativement excités et déprimés. La folie a débuté chez la première à trente ans, chez le second à trente-six ans. Pas d'hérédité.

Il résulte de l'examen de ces douze familles que l'idiotie a revêtu le caractère familial cinq fois, la mélancolie trois fois, la paralysie générale, l'épilepsie, la manie intermittente et la démence consécutive à des alternatives de dépression et d'agitation, chacune une fois.

MM. Bourneville et Séglas, dans leur mémoire sur les familles d'idiots (1), ont rapporté plusieurs cas d'idiotie familiale, et la fréquence de cette forme d'aliénation n'a rien qui puisse étonner, puisqu'elle est la dégénérescence ultime à laquelle aboutissent toutes les dégénérescences

(1) Bourneville et Séglas. *Archives de neurologie*, 1885.

©BIUM

des parents. L'idiotie ne constitue pas une maladie spécifique ; elle est un syndrome commun à toutes les lésions un peu étendues de la substance corticale du cerveau survenues pendant la vie embryonnaire ou celles de la première enfance, et il ne serait peut-être pas sans intérêt de rechercher si quelques-unes de ces lésions ne présentent pas plus particulièrement la forme familiale.

Dans deux familles seulement nous avons trouvé les maladies mentales fraternelles dissemblables.

Treizième famille. — Oncle maternel aliéné ; fille idiote ; sœur d'une intelligence moyenne ayant des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe.

Quatorzième famille. — Père et mère mal équilibrés ; fils en démence depuis l'âge de vingt ans. Sœur plus jeune que lui de huit ans atteinte d'idées de persécution et de mysticisme avec hallucinations de l'ouïe.

La question des maladies mentales familiales ne peut être résolue que par des statistiques nombreuses, et il serait à désirer, ce qui serait facile, que chaque asile voulût bien faire le relevé des cas d'aliénation mentale produits par l'hérédité vésanique ou une autre hérédité, qui y sont traités. Des discussions, basées sur de simples souvenirs personnels, ne peuvent aboutir à des résultats positifs, parce que ces souvenirs ne sont ni assez nombreux ni assez précis.

Rapport sur l'état mental du nommé D..., inculpé de tentatives d'escroqueries.

M. Rayneau donne lecture du rapport médico-légal suivant :

Nous soussigné, Rayneau (James), médecin en chef de l'hospice des aliénés d'Orléans, commis par arrêt de la cour d'appel d'Orléans, à l'effet d'examiner le nommé D..., de constater s'il jouit de la plénitude de ses facultés et s'il est responsable de ses actes ; après avoir prêté serment, pris connaissance des nombreux dossiers concernant cet inculpé et l'avoir visité à différentes reprises à la maison d'arrêt, avons consigné dans le présent rapport les résultats de notre examen :

D... est âgé de quarante-huit ans. Il est bien constitué et ne présente pas de stigmates physiques de dégé-

©BIUM

nérescence. Il est le fils d'un menuisier qui s'adonnait à l'ivrognerie et fit de mauvaises affaires par suite de son inconduite. D'abord apprenti chez son père, il est ensuite employé comme expéditionnaire dans une compagnie d'assurances.

Déjà bizarre et extravagant, il s'engage à dix-huit ans et devient rapidement sous-officier. Mais, d'après les notes fournies par son colonel, il se montre fantasque et vaniteux.

Dormant peu, il passait quelquefois une partie de ses nuits à écrire, correspondant avec des sociétés littéraires auxquelles il adressait des poésies. Ses camarades disaient qu'il avait la tête tournée. Parfois il se levait au milieu de la nuit, parcourait la chambrée et venait sans rien dire regarder dans les yeux de ses voisins de lit. S'occupant aussi de politique, il se prétendait persécuté à cause de ses opinions et s'imaginait parfois que l'on voulait l'empoisonner. Très méticuleux, très pointilleux sur ce qu'il considérait comme le devoir des autres, il était moins scrupuleux pour lui-même. Il encourut plusieurs punitions pour manquement dans le service et il eût été cassé de son grade si l'on n'avait pas eu égard à son état mental. Il est cependant convaincu qu'il a servi son pays mieux que qui que ce soit. Il affirme que pendant la période du 16 Mai il est parvenu à créer au 77e d'infanterie un comité secret de vigilance, grâce auquel il réussit à empêcher son régiment de marcher sur Paris. Etant sorti de l'école de tir dans un assez bon rang, il se croit appelé à jouer un rôle considérable dans la défense nationale. C'est en creusant cette idée que, quelques années plus tard, il imagine un projet de création de bataillons d'élite qu'il soumet à la Chambre des députés et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir au cours de ce rapport. De 1878 à 1882, il est employé au chemin de fer de Tours. Il se montre travailleur et satisfait entièrement ses chefs, mais il quitte son emploi pour échapper aux sarcasmes et aux moqueries. D'après lui, sa femme, qu'il avait épousée en 1879, se conduisait mal, et dans les promenades des jeunes gens se moquaient de lui, en faisant allusion à ses malheurs de ménage. Il ne connaissait d'ailleurs pas ces individus; mais ceux-ci le regardaient, et il comprenait bien

©BIUM

ce que cela voulait dire. Ce sont évidemment là des illusions de la vue et des hallucinations de l'ouïe.

A partir de ce moment, il mène une existence misérable. Successivement voyageur de commerce, employé chez un imprimeur et dans une compagnie d'assurances, courtier en photographie, il s'adonne à la boisson et commet des actes d'indélicatesse. Chargé par commisération, par le trésorier d'une société de secours mutuels, du recouvrement des cotisations, il soupçonne son bienfaiteur de vouloir lui nuire parce qu'il s'est occupé de politique. Au lieu de porter lui-même les sommes qu'il a recouvrées, il les envoie par la poste, employant une partie de son maigre salaire à recommander les lettres ; c'était, dit-il, pour avoir en mains les reçus de la poste. Néanmoins, et contrairement à ce que pourrait faire prévoir tant de scrupules, il s'approprie des sommes qu'il devait déposer et il est poursuivi pour escroqueries. Par une contradiction étrange, mais dont ces malades sont coutumiers, lui si pointilleux, si méticuleux pour les autres, il n'admet pas qu'il ait eu tort de garder cet argent. Il prétend que les poursuites dont il est l'objet ne sont qu'un chantage, des manœuvres de son bienfaiteur, probablement payé pour agir ainsi. Lorsque cette plainte en abus de confiance fut adressée au parquet de la Seine, D... était depuis huit jours à l'asile Sainte-Anne.

En effet, entré depuis trois mois comme auxiliaire à la préfecture de la Seine, il avait donné des signes non équivoques d'aliénation mentale. Il se disait chef de service et, s'enfermant dans son bureau, il bouleversait les dossiers, annotant des pièces et les raturant, contrairement aux usages. De plus, il accusait ses collègues de le narguer pendant qu'il travaillait et de le traiter « d'officier prussien ». Prié par le chef de bureau de se reposer quelques jours, il revient le lendemain, ferme les portes, ne veut laisser entrer personne avant qu'il ne l'eût vu et brandit un grattoir à long manche. Les renseignements pris à cette époque sur sa conduite au dehors, prouvèrent qu'il avait brusquement changé son train de vie et qu'au lieu de l'existence qu'il menait auparavant, il s'était mis subitement à boire et rentrait chez lui en voiture plusieurs fois par jour. Entré à Sainte-

©BIUM

Anne, il s'imagine que le ministère Jules Ferry, redoutant son influence politique, a décidé de le faire passer pour fou pour se débarrasser ainsi d'un adversaire dangereux.

Il écrit lettres sur lettres au procureur de la République, au directeur de Sainte-Anne, pour réclamer sa mise en liberté ; il parle à chaque instant des malades répugnants auprès desquels il se trouve, et cependant il est placé parmi les malades tranquilles.

Mis en liberté, D... entreprend une campagne ardente contre tous ceux dont il a eu à se plaindre ; il écrit au président de l'Académie de médecine, au ministre de la justice, aux journaux, qui publient son histoire sous le titre de « Crime sans nom ».

Ce sont surtout les médecins des asiles qu'il poursuit de sa haine. Il adresse une pétition à la Chambre des députés en novembre 1885. Le rapporteur de la commission des pétitions ayant, dans des conclusions hâtives, dit D..., proposé de ne lui donner aucune suite, il adresse une deuxième requête en décembre, avec ce titre : « Demande en réparation d'un préjudice indûment causé. » C'est un véritable réquisitoire contre les médecins qui l'ont examiné, et un panégyrique de son caractère, de son existence tout entière.

Cette pétition, très longue, fourmille d'inexactitudes et de contradictions. Avec des apparences de précision, de vérité, il indique exactement les dates, décrit les événements ; mais il dénature les faits et les citations de prétendus interrogatoires.

Comme le fait remarquer le Dr Magnan, le savant aliéniste, dans la clinique qu'il a faite sur D... à l'asile Sainte-Anne, ce document est intéressant parce qu'il révèle les idées de persécution du malade, sa suffisance, son orgueil, et qu'il fournit la mesure de la haute idée qu'il a de sa mission. Sa vanité se montre en des phrases typiques. « Aucun peut-être ne porte plus haut que moi le point d'honneur. J'ai laissé des traces ineffaçables dans mon régiment ; la carrière des armes s'ouvrait brillante devant moi, etc., etc. »

Il accuse le parquet de complaisance pour les aliénistes, et « puisque le procureur de la République, s'é- « crie-t-il, n'a pas cru devoir réclamer du haut de son

©BIUM

« siège un châtiment pour les coupables, je viens au-
« jourd'hui, seul, inspiré par l'ardent amour que je porte
« au culte de la vérité et à la grande cause de la justice
« ou du droit, réclamer, etc., etc. » Les certificats médicaux sont sans valeur en ce qui concerne sa folie ; mais ils devront être considérés néanmoins en cour de justice comme pièces à conviction du crime perpétré contre lui. Chemin faisant, il fait le procès de la monstrueuse loi de 1838.

Sorti de Sainte-Anne, pendant deux ans il ne vit que d'expédients, sollicitant sans succès un poste de commissaire de police en province ou de résident au Tonkin. En 1886, afin de prouver, dit-il, l'intégrité de ses facultés, il rédige un projet sur la mobilisation de l'armée qu'il dépose à la Chambre des députés. Furieux de voir que le ministère de la guerre ne tient aucun compte de son mémoire, qui lui a été transmis avec avis favorable par la commission des pétitions, il se met à promener une affiche et à distribuer des imprimés dans lesquels il annonce qu'il est disposé à vendre pour 40.000 francs son plan de mobilisation. La même année, il passe une quinzaine de jours comme infirmier à l'hôpital Laënnec; faisant allusion à ce fait, il déclare dans un de ses mémoires qu'il a été délégué dans cet hôpital pour services spéciaux par le conseil général de la Seine. Admis en 1887 au ministère de l'agriculture comme expéditionnaire, il s'acquitte assez régulièrement de ses fonctions pendant un an, puis ses allures changent ; il recommence à écrire des lettres incohérentes aux autorités, dont il prétend avoir à se plaindre, et il doit quitter son emploi. Chez lui, il passe une partie de la nuit à déclamer à haute voix.

L'administration de la préfecture de la Seine, qui tente de le reprendre au début de l'année 1889, doit l'inviter à résigner ses fonctions en raison des discussions sans suite qu'il soulève avec ses chefs, du désordre où il met les dossiers laissés à sa portée.

Il vit quelques mois dans une misère profonde, change fréquemment de domicile, tenant souvent des propos sans suite et cherchant toujours, sans succès d'ailleurs, à vendre son projet à la Russie, à l'Espagne, à l'Italie, à l'Angleterre ; enfin, il trouve un emploi de commis

©BIUM

aux écritures chez un industriel. Là, il renouvelle ses excentricités, se croit général et se dit poursuivi par le maréchal de Moltke qui, « sous un déguisement, cherche à s'emparer de son plan de mobilisation ».

Comme il parcourait la maison qu'il habitait, une lumière à la main, et risquait de mettre le feu, il fut sur la plainte de ses voisins interné à l'asile de Bicêtre d'octobre 1889 à février 1890.

Naturellement, il recommence à fatiguer de réclamations le procureur de la République et le ministre de la justice, fait passer des lettres aux journaux et provoque une campagne de presse ; il écrit au grand chancelier de la Légion d'honneur pour faire rayer de l'ordre les médecins et les autorités responsables de sa séquestration ; il signe ses lettres, D..., « auteur du projet de loi spécial 12014 sur la mobilisation de l'armée. » Voir le *Journal officiel* n° 300, en date du 7 novembre 1886. Ses cartes de visite sont également singulières. Sur l'une, il fait suivre son nom de ce titre : « Citoyen de la République française » ; une autre porte sous son nom les lignes suivantes : « Publiciste, ancien président commandant d'armes au Comité de résistance du Seize-Mai, dans le département de Maine-et-Loire. » Dans les angles de la carte, se trouvent les lettres suivantes : H. W. D. R. P.

Son état s'étant amélioré, on lui rend sa liberté, à condition qu'il se rendrait à Tours auprès de sa mère, le séjour de Paris ne pouvant que lui être préjudiciable.

Revenu à Tours, D... commet diverses excentricités. Il fait des excès de boissons et se fait poursuivre en simple police pour avoir insulté des passants.

En 1890, il fait paraître un article de journal pour se plaindre des séquestrations dont il a été l'objet.

En 1891, il est poursuivi pour port illégal de décoration. Il se promenait dans la rue Nationale avec la rosette de la Légion d'honneur à la boutonnière. Au commissaire de police qui l'invite à passer à son cabinet, il répond que cela lui est impossible pour raison majeure de service dont il est responsable sur le réseau de l'Etat ; il signe « l'Organisateur des bataillons d'élite », et met en tête de sa lettre, écrite au dos d'un prospectus : « Service d'état-major — Service technique des chemins de fer. »

©BIUM

A la suite d'un rapport du médecin en chef de l'asile de Tours, qui le considère comme un persécuté-persécuteur, il est déclaré irresponsable.

En 1892, il est poursuivi pour tapage nocturne, il criait à tue-tête : « Nous ferons sauter toutes les maisons avec de la dynamite ; s'il ne reste qu'un anarchiste, ce sera moi, D... » Nouvel examen du Dr Sainton, qui le déclare dangereux pour la sécurité publique et conclut à l'internement.

Le préfet passe outre.

Pour subvenir à son existence, D... devient courtier en publicité. Successivement employé par deux imprimeurs de Tours, il s'occupe, moyennant une commission, de recueillir des annonces de divers commerçants pour un guide de la Touraine. Son premier soin est de faire mettre en première page une annonce personnelle. Elle est ainsi conçue :

« M. A. D..., seul auteur du projet 12014 sur la mobilisation de l'armée qu'il déposa au Parlement le 8 avril 1886, demande 10.000 francs à emprunter pour faire éditer cet ouvrage militaire. Succès assuré. Participation dans les bénéfices..... »

« Dans la préface, M. D... reproduira la convention qu'il passa le 28 février 1888 avec M. le général baron de Freedericks, attaché militaire à l'ambassade de Russie à Paris ».

Congédié par ceux qui l'avaient employé parce qu'il s'était approprié diverses sommes, D... forme le projet de travailler pour son compte en établissant pour d'autres départements des annuaires similaires.

Il part d'abord pour Angers, recueille quelques souscriptions, et finalement est poursuivi pour escroqueries sur la plainte de négociants. Pendant son séjour dans cette ville, il était allé voir un ancien camarade de régiment et lui déclarait qu'il était général de brigade et de division, qu'il passerait la revue sur le Champ-de-Mars à Angers en 1893. Il avait commandé des pantoufles brodées d'or pour se promener dans ses salons. Il est à remarquer que c'est à partir de cette époque que D... refuse de signer ses interrogatoires, considérant ses arrestations comme illégales et portant atteinte à la liberté de ses travaux.

©BIUM

En raison de son attitude bizarre, il bénéficie d'un non-lieu. L'année suivante, en 1893, il est l'objet de nouvelles poursuites à Saumur, et bientôt des plaintes surgissent de tous les côtés. Il ressort de plusieurs dépositions, que dans nombre de maisons où il se présentait, il avait les allures d'un déséquilibré. Dans certaines même il faisait des menaces si on ne lui donnait pas de souscription. Chez quelques commerçants, il parle de faire sauter la maison, ou bien déclare que, grâce aux moyens dont il dispose, il provoquera la faillite à bref délai, ou bien encore il se retire en faisant une croix sur le trottoir avec des airs menaçants. Nouveau non-lieu.

Aussitôt remis en liberté, D... recommence ses agissements. Il se fait successivement condamner par défaut à Avignon, Bourges et Evreux en 1894, puis à Parthenay en 1895. L'acte d'accusation relève deux cent soixante-douze escroqueries. Les experts chargés de l'examiner avant le jugement ne crurent pas devoir conclure à l'irresponsabilité, bien que leur rapport révèle en partie les bizarreries de l'inculpé et que des renseignements fournis par la police de Thiers et celle de Tours l'eussent signalé comme aliéné. Ces praticiens semblent s'être attachés surtout aux faits pour lesquels il était poursuivi, qui révélaient une réelle intelligence et un plan bien établi. Au reste il est fort possible que D..., qui avait peur par-dessus tout d'être considéré comme un aliéné, ait dissimulé son délire. Il s'est peut-être renfermé dans des banalités et n'a pas permis aux experts de se rendre un compte exact de son état mental. Il est condamné à neuf mois de prison.

Sa peine purgée, il recommence, et nous le voyons successivement poursuivi et condamné à Bourges, puis à Montargis, à Gien, à Reims, au Havre. Enfin, après de nouveaux délits commis à Châteaudun et à Vendôme, il est arrêté dans cette ville et condamné à trois mois de prison. C'est de ce jugement qu'il fait appel à Orléans.

Entre autres choses intéressantes, le dossier de Vendôme contient des renseignements très intéressants fournis par le capitaine X... Cet officier raconte qu'après avoir perdu de vue D... depuis 1877, il en eut des nouvelles en 1894.

©BIUM

Un jour, après lui avoir annoncé quelque temps auparavant sa prochaine visite, D... débarque à R... et vient le demander à la caserne. Il se présente à lui avec des vêtements déchirés et des plumes multicolores à son chapeau, et annonce pompeusement qu'il vient inspecter la frontière des Alpes et les divers corps de troupe de la région. Il se fait arrêter pour tapage nocturne, la nuit suivante. Sur la recommandation du capitaine, il est relâché aussitôt et on l'invite à reprendre le train. Depuis lors, il a adressé à cet officier, de tous les points de la France, une quantité innombrable de lettres dans lesquelles il parle de ses tournées d'inspection sur les frontières et signe constamment : « l'organisateur des bataillons d'élite, escadrons, batteries d'élite et services techniques ». Chaque fois qu'il parle de sa famille ou de ses vieilles relations, il paraît très sensé, mais il se remet à divaguer dès qu'il aborde un sujet militaire; il s'exalte surtout lorsqu'il parle de son projet 12014. En même temps il assaille son camarade de productions littéraires, poésies, chansons, monologues, etc., qui servent à égayer le cercle militaire de R...

La dernière lettre qu'il écrit de Vendôme à cet officier est bien remarquable. D... s'y présente comme un véritable mégalomane. On y trouve des phrases comme celles-ci : « Me voici prisonnier d'État pour la troisième fois ; cela m'apprendra à faire du dévouement. Dans l'intérêt de la défense nationale, il y a des choses que je dois taire, et je considérerais comme un lâche celui qui voudrait me délier du secret professionnel. Cela en raison des circonstances difficiles que la France traverse. Si je dois rester victime, j'accepterai ce rôle douloureux parce que je crois qu'après ma mort ma mémoire sera réhabilitée de la façon la plus éclatante.

« Quand je fus séquestré à Paris en 1885, j'étais devenu excessivement gênant pour Jules Ferry, et lorsque je le fus pour la deuxième fois, en 1889, je ne l'étais pas moins pour Constans.

« Ces deux anciens ministres porteront un poids colossal quand j'aurai disparu de la scène et leur mémoire sera définitivement clouée en pilori de l'histoire.

« Qu'ai-je fait? J'ai doté mon pays d'une organisation hors ligne ; le fait est reconnu par notre état-major

©BIUM

général ; le premier en France uniquement guidé par le patriotisme le plus pur, j'ai eu l'honneur de passer, rédiger et signer une convention militaire avec le cabinet de Saint-Pétersbourg (28 février 1887). Les originaux sont en ma possession avec la correspondance échangée à cet effet. »

On trouve aussi dans le dossier une requête adressée au conseil municipal de Blois, le 3 novembre 1897, pour obtenir des subsides afin de fonder une Lanterne blésoise rythmique et satyrique.

Enfin, le premier soin de D... à son arrivée ici pour se pourvoir en appel est de présenter à la cour un long mémoire justificatif de sa conduite et de se plaindre de toutes ses tribulations.

Tous ces écrits se ressemblent : on y retrouve les mêmes phrases sur les médecins aliénistes, sur les manœuvres inavouables de la police qui, remettant en vigueur contre lui les procédés de l'Empire, fait échouer toutes ses entreprises.

En visitant D... à la prison, j'ai pu constater qu'il est fort intelligent et qu'il posséde une mémoire véritablement extraordinaire. Il parle avec une volubilité étonnante, non sans une certaine recherche. Les moindres faits et gestes de son existence sont classés dans son esprit ; il a depuis longtemps l'habitude de numéroter ses lettres ou mémoires et, lorsqu'il y fait allusion, il les rappelle en passant avec leur date précise ; mais il est facile de se rendre compte également que ce malheureux est un déséquilibré hanté surtout par des idées de grandeur et des idées de persécution.

Il est presque impossible de lui faire répondre à une question précise ; il se lance immédiatement dans des digressions à perte de vue sur sa valeur personnelle, ses démêlés avec les médecins aliénistes et les services qu'il a rendus à la France par ses travaux militaires. A aucun prix il ne veut passer pour fou et il revendique l'entière responsabilité de ses actes ; mais il déclare qu'on n'a pas le droit de le poursuivre tant qu'il n'aura pas été donné satisfaction aux plaintes qu'il a formulées contre les médecins de Sainte-Anne et de Bicêtre. Ses arrestations successives ne sont, dit-il, qu'un prétexte pour ne pas juger ces misérables. « Tant que je n'aurai pas été

©BIUM

réhabilité, vous ne pourrez pas m'accuser d'escroqueries puisque vous m'avez déclaré irresponsable. Aucun tribunal ne peut prononcer contre moi, tant qu'il n'aura pas été statué sur ma plainte au parquet de la Seine de janvier 1895. La vérité, c'est que je suis un homme politique, et les différentes poursuites ou séquestrations dont j'ai été l'objet ont eu pour but de m'empêcher de jouer le rôle auquel je suis appelé.

« On m'a interné à Paris parce que j'avais formé des groupements politiques pour combattre la politique coloniale de Ferry ; on m'avait accusé d'avoir altéré des plans, c'est absolument faux ; mais c'est un motif que l'on a inventé pour expliquer mon internement.

« Mon chef de bureau étant l'ami intime du président du conseil, ma séquestration fut déterminée entre eux. Depuis que j'ai quitté le régiment, je suis constamment accompagné par des mouchards et filé par des agents spéciaux. C'est du reste cela qui m'a déterminé à chercher une position libre et indépendante et à m'occuper de publicité.

« En effet, dès que j'occupais un emploi chez un négociant, on expédiait des policiers qui me faisaient congédier ou me forçaient à m'en aller. Je m'apercevais au bout de peu de temps, par l'attitude de mes patrons, qu'ils avaient été prévenus à mon égard ; et bientôt, sous un prétexte quelconque, ils me priaient de chercher du travail ailleurs.

« A Tours j'ai été jeté en prison soi-disant pour tapage nocturne ; en réalité, c'est que l'on voulait m'empêcher de me présenter aux élections municipales. »

L'un de nous demande à D... s'il a quelquefois figuré dans une liste ; il répond que non, mais qu'il était tenu en réserve par le ballottage lorsqu'il a été arrêté.

« Le Dr Sainton a rédigé deux rapports tendant à me faire passer pour aliéné ; il est mort six mois après le dernier, et c'est cela qui l'a rendu malade.

« C'est une honte pour la France d'interner des gens qui comme moi ont rendu au pays des services aussi éminents. »

Il prétend qu'il lui a été refusé de voir sa mère à son lit de mort afin de l'enterrer sans lui, parce qu'il voulait lui faire des obsèques civiles, comme le réclamaient ses

©BIUM

dispositions testamentaires. Il a écrit au ministre de l'Intérieur pour la faire exhumer.

Après la mort de son père il a réclamé à l'hôpital d'Angers un certificat d'autopsie.

Lorsqu'on parle à D... de ses travaux militaires, de ses inspections sur les frontières, il déclare ne vouloir répondre afin de ne pas compromettre la défense nationale.

Tel est D..., et c'est en raison de cette désharmonie de ses facultés intellectuelles qu'il a été classé dans le groupe des persécutés persécuteurs. Comme le dit le Dr Magnan dans ses leçons cliniques, cette déséquilibration mentale n'exclut pas une imagination vive, une mémoire très heureuse, une dialectique sensée. Très pointilleux, rusés, et menteurs, d'une activité infatigable, les persécutés persécuteurs mettent leur mémoire, leur imagination, leurs facultés syllogistiques très développées au service de leurs instincts maladifs. Très orgueilleux aussi, ils ne manquent aucune occasion de donner carrière à leur vanité.

Les cartes de D..., ne sont-elles pas significatives à ce sujet? L'indication de ses œuvres, de ses titres en tête de ses lettres ou mémoires, n'est-elle pas une preuve de ce besoin insatiable d'ostentation?

Contrairement aux persécutés ordinaires, ces malades n'ont généralement pas d'hallucinations, ou, quand elles existent, elles n'offrent pas cette marche, cette évolution si curieuse qui des mots, du monologue, les conduit au dialogue ou à l'écho de la pensée et les pousse à tenir toute la journée des conversations avec eux-mêmes.

D... reste parfaitement calme dans sa cellule, où il travaille toute la journée, ne s'interrompant que pour rédiger de temps en temps quelques requêtes aux magistrats. Cependant, à diverses reprises, il a eu des hallucinations auditives. Lors de son premier internement à Paris, il prétendait que ses collègues de bureau avaient l'air de le mépriser et l'appelaient « officier prussien ».

A Tours, deux ans auparavant, il avait eu aussi des hallucinations auditives ; sur les promenades, des jeunes gens qu'il ne connaissait pas se moquaient de lui et faisaient des allusions blessantes à ses malheurs de

©BIUM

ménage. Les fatigues, les privations qu'il a éprouvées et aussi un léger appoint alcoolique ont pu contribuer à les faire naître.

Depuis 1894, D... ne vit que d'escroqueries. Les incarcérations qu'il a subies de ce chef n'ont fait que l'exaspérer davantage. Ce sont pour lui autant d'iniquités nouvelles qui ne font que le confirmer dans son délire, autant de stimulants qui viennent aiguillonner son activité maladive.

Aussi, lassé de ses démarches inutiles, irrité des fins de non-recevoir que l'on oppose à toutes ses requêtes, il pourrait fort bien un jour ou l'autre se décider à en finir par un coup d'éclat et se livrer à des actes d'une extrême violence. Les crimes commis par ces malades ne sont pas rares. C'est un déséquilibré de ce genre qui tirait, il y a quelques années, sur M. de Freycinet.

C'est une malade de même nature qui, il y a quelques mois, blessait grièvement un magistrat du tribunal de la Seine. De même, dans un entretien récent, D... déclarait qu'il pourrait être amené à tirer une vengeance éclatante des déboires qu'il a eu à subir et qu'il se rendrait justice lui-même, puisque tous les pouvoirs étaient ligués contre lui. Il sait d'ailleurs que s'il succombe dans son œuvre de justicier, l'avenir réhabilitera sa mémoire.

Si nous sommes entrés dans un si long exposé, c'est qu'il était utile de reconstituer l'histoire entière de ce malade pour montrer les lacunes de son intelligence parfois brillante, ainsi que les anomalies et les contradictions de son caractère. Les arguments qu'il emploie pour justifier sa conduite portent parfois la marque d'une logique subtile ; mais ils révèlent en même temps une déséquilibration mentale qui va sans cesse grandissante.

C'est pourquoi nous sommes amené à formuler les conclusions suivantes :

Conclusions.

1° D... est un aliéné appartenant à la classe des persécutés persécuteurs ; son délire est continu depuis une vingtaine d'années.

©BIUM

2° Il est irresponsable.

3° Nous estimons qu'il est hors d'état de pourvoir à son existence par un travail régulier.

Dans ces conditions, et en raison de son manque absolu de ressources, il se livrera encore presque fatalement à des délits analogues à ceux qui ont motivé son arrestation.

Son état mental est même susceptible de s'aggraver et de le porter, à un moment donné, à des attentats contre ses prétendus persécuteurs.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1900

Présidence de M. MAGNAN

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remerciements de M. Vaschide, élu membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure consacrée à la mémoire du professeur Biffi ;

2° *Myœdème et sa valeur pathologique dans les maladies mentales*, par le Dr Bernstein ;

3° *L'alitement dans le traitement des psychoses* (*repos au lit*). Rapport par le professeur Korsakoff;

4° *Annales de la Société belge de neurologie*, 5e année, numéro 2.

5° *Revue de l'hypnotisme*, juin 1900.

Rapports de candidature.

M. VALLON. — Messieurs, vous m'avez chargé, de concert avec MM. Magnan et Joffroy, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Antheaume qui demande à devenir membre titulaire de notre Société. Je

©BIUM

n'ai pas besoin de vous entretenir longuement de M. Anthaume qui nous appartient déjà comme membre correspondant ; dans la séance du 27 mars 1899 vous lui avez ouvert vos rangs par un vote unanime sur un rapport de M. Boissier au nom d'une commission dont je faisais partie. Je ne vous parlerai pas des travaux de M. Antheaume. M. Boissier vous en avait présenté une excellente analyse à laquelle je ne saurais rien ajouter. M. Antheaume est un jeune, un laborieux. En l'admettant au nombre des membres titulaires, vous vous attacherez plus étroitement un collaborateur sur l'activité duquel il y a tout lieu de compter.

Conformément à ces conclusions, M. Antheaume est élu, à l'unanimité, membre titulaire de la Société.

M. F.-L. ARNAUD. — Messieurs, vous avez nommé une commission, composée de MM. Falret, Brunet et Arnaud, rapporteur, pour examiner la candidature du Dr Mongeri, qui sollicite le titre de membre associé étranger.

A l'appui de sa candidature, le Dr Mongeri nous a fait parvenir quelques-uns de ses intéressants travaux.

Le premier en date est une « *Contribution à l'étude de la duboisine et de ses applications spéciales aux psychopathies.* » Ce mémoire, de quelques pages, a été publié à Milan, en 1893. L'auteur a employé le sulfate neutre de duboisine en injections sous-cutanées, à la dose de 1/2 à 1 1/2 milligramme d'alcaloïde. Il a obtenu de bons effets dans toutes les formes expansives, surtout dans la manie furieuse et dans l'alcoolisme aigu. La duboisine s'est montrée, par contre, complètement inefficace dans les formes dépressives.

Un peu plus tard, M. Mongeri publie, en collaboration avec le Dr Dallas, une très intéressante *observation de tumeur cérébrale* volumineuse, dont la localisation, déterminée avec sagacité, permet une intervention chirurgicale. Le malade succomba malheureusement cent vingt-huit jours après l'intervention. L'autopsie vérifia complètement la localisation admise pendant la vie.

Vient ensuite un mémoire, écrit en français, sur *la Démence précoce*. C'est une question fort complexe, qui est à l'ordre du jour depuis quelques années, grâce aux recherches de Kraepelin, de Fink, de Daraskiewics, de

©BIUM

Scholz, de notre collègue, M. Christian, etc., qui ont repris et développé les premiers travaux de Kahlbaum et de Hecker. M. Mongeri apporte sept observations personnelles de démence précoce, et il se rallie, d'une manière générale, aux idées de Kraepelin. Il admet que le facteur principal de cette forme bien spéciale de démence est l'hérédité morbide, dont l'influence est mise en jeu par « un défaut d'assimilation » ; la démence précoce rentrerait ainsi dans les psychoses par épuisement.

Une observation bien étudiée permet à M. Mongeri d'émettre son sentiment personnel « sur l'étiologie et le traitement de la folie puerpérale ». Il la considère comme résultant d'une *auto-intoxication*, et avec d'autant plus de raison qu'il a obtenu un remarquable succès en traitant et en guérissant une malade par les injections de *sérum antistreptococcique*.

La question, inépuisable, de *l'étiologie de la paralysie générale*, a aussi tenté M. Mongeri. De l'examen de quarante-sept observations, il tire les conclusions suivantes : La paralysie générale n'a pas une cause unique et spécifique ; elle est due à un complexus étiologique dont les principaux éléments sont la syphilis, l'alcoolisme et l'hérédité. L'alcoolisme et l'hérédité ne sont que des causes adjuvantes, nullement indispensables au développement de la maladie. La syphilis, au contraire, en est la condition, sinon suffisante, du moins nécessaire ; c'est elle qui crée le seul terrain capable de faire éclore la paralysie générale. Et M. Mongeri adopte complètement l'opinion de Kjellberg, à savoir qu'il ne peut exister de paralysie générale vraie sans une préalable infection syphilitique, acquise ou congénitale.

A ce propos, je dois à M. Mongeri et à ceux qui liront son travail instructif une petite explication personnelle. M. Mongeri cite mon nom pour m'attribuer une opinion qui est exactement le contraire de ce que je pense et de ce que j'ai dit plusieurs fois : « Les cas de syphilitiques affectés de paralysie progressive, dit M. Mongeri, ne sont pas une rareté clinique, *comme le croient Arnaud* et Christian, et comme le fait supposer M. Magnan, etc. » Je n'ai aucun droit à figurer dans la compagnie de nos éminents collègues, s'il est vrai — ce dont je doute — qu'ils aient exprimé l'opinion indiquée par M. Mongeri.

©BIUM

Voici, en effet, ce que j'écrivais, il y a deux ans, dans le *Bulletin médical* (12 juin 1898) : « A Vanves, chez les hommes atteints de paralysie générale, nous relevons si souvent la syphilis dans les antécédents des malades, que *c'est pour nous une véritable surprise et presque une anomalie, d'ailleurs très exceptionnelle, que de ne pas l'y trouver.* » On voit que cela ne signifie pas précisément que l'union de la syphilis et de la paralysie générale est une rareté clinique. J'ajoute que depuis cette époque mon sentiment à cet égard a été encore confirmé par mes observations. Ceci dit, je suis bien à l'aise pour me séparer de M. Mongeri à propos de sa dernière conclusion. Que la syphilis soit une condition fréquente de la paralysie générale, qu'elle en soit même la condition habituelle, je le crois volontiers ; mais qu'elle en soit la condition indispensable, qu'il ne puisse y avoir paralysie générale sans syphilis préalable, je ne puis l'admettre, pour de nombreuses raisons que ce n'est pas le lieu ni le moment de développer, et je pense, avec de nombreux observateurs, que la paralysie générale est fonction d'infections et d'intoxications très diverses.

En outre de ces travaux et de quelques autres, dont une analyse rapide n'a pu vous montrer tout le mérite, M. Mongeri appartient à la psychiatrie par les fonctions qu'il occupe à Constantinople : il est médecin-aliéniste de l'hôpital royal italien, de l'hôpital international, de l'hôpital arménien de Yédikoulé, de la maison de santé privée dite « Hôpital de la Paix ». Il est donc, à tous les points de vue, complètement désigné pour faire partie de notre Société ; en lui accordant le titre, qu'il sollicite, d'associé étranger, vous vous attacherez un confrère travailleur et distingué.

Conformément à ces conclusions, M. Mongeri est élu membre associé étranger de la Société.

Maladies mentales familiales (suite).

M. DOUTREBENTE. — Dans la partie historique de sa thèse « sur les maladies mentales familiales », le Dr Fouque prétend que Morel, dans un chapitre « des folies héréditaires à type similaire, a le premier mis en évidence, avec observations à l'appui (il y en a une), la

©BIUM

possibilité de l'apparition, *dans une même génération, de psychoses d'un même type.*

M. Fouque ayant donné une indication bibliographique a côté, par suite d'une faute de l'imprimeur, j'ai assez longtemps cherché le passage cité : il faut le chercher à la page 532 du *Traité des maladies mentales* de Morel, Paris, 1860.

Morel n'a pas même parlé de possibilité; en l'espèce, il s'agit de tout autre chose, ainsi qu'on peut s'en convaincre, en lisant la citation suivante, que M. Fouque a faite. « La similitude ou les grandes analogies du « caractère, des mœurs, des aptitudes intellectuelles, et « même la ressemblance du type dans l'espèce peuvent « être le fait de *transmissions héréditaires;* c'est là un « fait plus généralement admis et plus facilement com- « pris que celui de la similitude des maladies nerveuses « chez l'individu ou dans l'espèce. »

Morel, dans la première partie de la citation, fait allusion *aux transmissions héréditaires naturelles*, non morbides, et, dans la seconde partie, contredit formellement la manière de voir de M. Fouque qui a confondu l'hérédité naturelle avec l'hérédité morbide.

En somme, M. Fouque fait dire à Morel le contraire de ce qu'il a voulu dire et enseignait à ses élèves. Dans la même génération d'une famille entachée d'*hérédité morbide*, disait Morel, on voit apparaître des types dissemblables, disparates, dans la dite famille, mais similaires dans l'humanité, c'est-à-dire que, dans ce dernier cas, on rencontrait des types similaires dans une autre famille morbide. C'est pour cela que, constamment, il s'ingéniait à rechercher et à montrer dans son service des types similaires, des *sœurs* ou *frères morbides* de familles différentes.

Dans l'observation unique invoquée par M. Fouque, Morel dit : d'un père hypocondriaque et d'une mère à névropathie protéiforme et faible d'esprit (hérédité à facteurs convergents) cinq enfants : trois fils, deux filles; l'une, la cadette, a souffert d'une folie hystérique, elle ressemblait beaucoup à sa sœur; elle a été *seule* traitée et rapidement mise en liberté. Les trois fils se ressemblaient au physique, même caractère, et tous hypocondriaques, ce qui ne les a pas empêchés d'avoir une

©BIUM

existence commerciale active et de montrer de l'intelligence dans leurs affaires ; une autre branche de la même famille s'est éteinte dans la démence; enfin une cousine germaine est atteinte de démence avec actes extravagants.

L'observation est fort peu concluante d'ailleurs ; mais elle avait paru si extraordinaire que Morel déclare qu'il *n'avait jamais vu similitude pareille d'idées, de sentiments et de tempérament* entre les membres d'une même famille de névropathisés.

A la page 17 de sa thèse, M. Fouque, citant encore Morel, dit qu'il serait utile d'étudier « ces psychoses, qui semblent résumer en une seule entité morbide la folie de plusieurs membres d'une même famille ». C'est une phrase prise dans le cours d'une observation ayant justement trait à la folie suicide pour laquelle Morel, comme tous les auteurs d'ailleurs, faisait une exception, circonstance importante dont M. Fouque ne parle pas, ce qui lui a fait prendre l'exception pour la règle.

Les conclusions de M. Fouque sont les suivantes :

1° Les maladies mentales familiales atteignent, sans changer de forme, plusieurs enfants d'une même génération.

2° Elles débutent vers le même âge.

3° Elles ont même début, même marche, même évolution.

4° La folie périodique, sous des formes diverses, est peut-être la plus fréquente des folies familiales.

M. Trénel nous ayant invité à rechercher dans nos souvenirs des observations probantes, nous n'avons pas réussi à lui donner satisfaction, malgré les dix observations que je viens de résumer devant vous, et dans lesquelles cependant nous avons rencontré quatre ou cinq malades de la même génération à types dissemblables comme forme, début, évolution. Les faits que j'ai cités sont trop actuels et trop facilement reconnaissables pour qu'il me soit possible de les publier dès maintenant.

M. TRÉNEL. — Dans les observations que j'ai recueillies, je n'ai rien trouvé de caractéristique, et je me suis borné à présenter les faits tels que je les ai vus. Il n'y a pas de caractères spéciaux; chaque famille a, pour ainsi

©BIUM

dire, un type de maladie familiale. Il s'agit d'étudier un point particulier de l'hérédité sans s'occuper de l'hérédité en général. Aussi me suis-je contenté de mettre la question à l'étude, sans poser des conclusions.

M. JOFFROY. — Il importe, dans une discussion comme celle qui s'engage sur les « Maladies mentales familiales », de bien préciser le sens précis que l'on donne à cette dénomination. C'est du reste ce qu'ont fait tous les orateurs qui ont parlé sur cette question. Cependant ils voudront bien me permettre d'ajouter encore une observation à ce qu'ils ont dit.

Si nous nous reportons aux maladies familiales décrites en neuropathologie, telles que la chorée de Huntington, l'ataxie hérédo-cérébelleuse, etc., — nous voyons que ces cas ont une telle tendance à frapper un certain nombre de sujets dans une même famille que, dès qu'on en trouve un cas, on recherche avec soin les autres cas qui peuvent exister dans la famille.

En un mot, ce n'est pas par hasard qu'une affection est familiale, c'est au contraire un fait, sinon habituel, du moins fréquent, c'est un des caractères de la maladie.

Un des types d'affection mentale familiale présentant le caractère sur lequel je viens d'insister est l'obsession au suicide, ce qui ne veut nullement dire que cette affection ne puisse exister à l'état isolé.

M. DOUTREBENTE. — Je crois que ces faits s'observent surtout dans les familles à hérédité accumulée.

Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique chez l'adolescent.

M. DANIEL BRUNET. — Cette périencéphalite est rare, et n'a guère été rencontrée que depuis quelques années. D'après le professeur Raymond (1), un auteur allemand, Alzeimer, a fait un travail sur cette affection en analysant quarante et une observations d'individus, âgés de neuf à vingt-deux ans, dont trois lui sont personnelles. Elle a été, dans ces cas, aussi commune dans un sexe que dans l'autre, et a toujours présenté la forme démen-

(1) M. Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1895-1897.

©BIUM

tielle simple, sans aucune complication délirante; sa durée moyenne a été de quatre années.

M. Raymond en a observé un cas chez une jeune fille de neuf ans, qui a succédé à une méningite syphilitique gommeuse ancienne.

En raison de la rareté de cette maladie, je crois devoir communiquer à la Société les deux observations suivantes, quoique incomplètes, puisque l'autopsie de la moelle n'a pas été faite, et que l'examen microscopique du cerveau n'a pas eu lieu. L'examen macroscopique n'a laissé, d'ailleurs, aucun doute sur la nature de cette affection.

Dans la première, les troubles de l'intelligence ont consisté dans de la démence sans euphorie; dans la seconde, il y a eu, outre cette forme de démence, des hallucinations visuelles terrifiantes. La contracture des membres, surtout celle des membres inférieurs, était très prononcée, beaucoup plus qu'elle ne l'est dans la paralysie générale ordinaire de l'adulte, que je n'ai pas rencontrée avant l'âge de vingt-trois ans.

Obs. I. — *Périencéphalite diffuse chronique, ayant débuté à l'âge de douze ans et demi. — Durée huit ans et demi. — Démence, amaurose. — Affaiblissement de la motilité avec contracture plus marquée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. — Mouvements convulsifs.*

Le nommé E..., né le 31 mars 1873, est entré à l'asile d'Evreux, le 5 mars 1894, et y a succombé le 6 juin suivant.

Sa mère est hémiplégique depuis trois ans, son père alcoolique.

Il n'a marché qu'à trois ans, et n'a parlé que vers quatre ans. Son intelligence s'est ensuite assez développée pour lui permettre de recevoir une instruction primaire.

Il sait lire, écrire, connaît les quatre règles, mais n'a pu obtenir son certificat d'études.

Il s'est bien porté jusqu'à l'âge de douze ans et demi, époque à partir de laquelle la motilité des membres, surtout celle des membres inférieurs, s'est affaiblie ainsi que son intelligence.

La vue est devenue moins nette en même temps. Il se plaignait souvent de céphalalgie. On n'aurait constaté de l'embarras de la parole qu'à seize ans.

Depuis trois ans, il ne peut plus marcher et la vue est très faible. La nuit il est quelquefois pris de secousses convulsives

©BIUM

des membres. Il se sert assez de ses mains pour manger seul. Intelligence très faible. L'ouïe est conservée.

Taille : 1m67 ; pas de stigmates physiques de dégénérescence.

6 *mars* 1894. — EXAMEN DU MALADE. — Intelligence presque complètement abolie.

L'on ne peut obtenir de lui presque aucune réponse aux questions qu'on lui adresse. Idées enfantines. Il rit souvent d'un air niais.

Il ne prononce que des mots incohérents, qui n'ont aucun sens. Il connaît encore les objets les plus usuels de la vie.

La parole est très embarrassée, et la gêne de la motilité des membres inférieurs est telle qu'il ne peut pas se tenir seul debout. Il se sert un peu de ses mains, mange seul.

Le côté droit est un peu plus paralysé que le gauche.

Les jambes sont légèrement fléchies sur les cuisses et ne peuvent être étendues. Quand on cherche à les redresser il pousse des cris. La cuisse gauche est dans l'abduction, la droite dans l'adduction. Amaurose incomplète.

Réflexes rotuliens exagérés, un peu plus à gauche qu'à droite. Pas de trépidation des pieds. Réflexes iriens abolis à la lumière et à l'accommodation. Sensibilité normale.

La circulation des membres inférieurs est ralentie, les pieds sont toujours froids, bleuâtres, légèrement œdématiés.

Pâleur de la face.

21 *mars*. Démence avec affaiblissement de la motilité, contracture des quatre membres, beaucoup plus marquée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Le côté droit est un peu plus contracturé que le gauche.

Gâtisme. L'intelligence est presque nulle.

1er *avril*. Les forces s'affaiblissent. La flexion des jambes sur les cuisses augmente. Appétit conservé. On le tient encore une partie de la journée assis sur une chaise.

1er *mai*. Il ne peut plus se lever, mange peu.

6 *juin*. Il succombe aujourd'hui après s'être affaibli progressivement.

AUTOPSIE. — Trente-sept heures après la mort. Escarres du sacrum.

Amaigrissement.

Le poumon droit pèse 575 grammes, le gauche 385 grammes, le cœur 180 grammes, le foie 1.040 grammes, la rate 140 grammes, le rein gauche 107 grammes, le droit 115 grammes.

©BIUM

Poids de l'encéphale.

	gr.
Hémisphère cérébral droit . .	415
— — gauche .	401
Cervelet	93
Protubérance	13
Bulbe	7
	929

Jambes fléchies sur les cuisses, la gauche dans l'abduction, la droite dans l'adduction.

Tuméfaction des deux genoux.

Ostéite de la partie inférieure des deux fémurs; le tissu osseux est injecté, rouge et ramolli.

Les os du crâne sont épaissis et très injectés. La suture bipariétale est complètement ossifiée à la face interne et incomplètement à la face externe. Les autres sutures du crâne ne sont pas ossifiées.

Les membranes viscérales du cerveau sont épaisses et opalescentes au niveau des circonvolutions ascendantes et du tiers postérieur des circonvolutions frontales transverses.

Elles adhèrent à la surface corticale du cerveau au niveau de la région frontale et de la région pariéto-temporo-sphénoïdale. Elles entraînent avec elles des portions de substance corticale assez épaisse, laissant à nu une substance d'un gris plus foncé qu'à l'état normal, très injectée, ramollie, d'un aspect granuleux.

Les adhérences des membranes viscérales du cerveau sont plus marquées et plus nombreuses sur l'hémisphère gauche que sur le droit. Il n'en existe pas dans la région occipitale. Elles sont en tout semblables à celles de la paralysie générale ordinaire.

Légère infiltration œdémateuse de la substance blanche, qui est un peu injectée.

Pas de granulations de l'épendyme des ventricules.

Cervelet normal.

Les racines des nerfs optiques sont un peu plus consistantes qu'à l'état normal, sans revêtir toutefois nettement à l'œil nu l'aspect fibreux.

L'autopsie de la moelle de cet individu n'a pu être faite, à cause de la famille qui l'a réclamé.

©BIUM

Obs. II. — *Périencéphalite diffuse chronique, ayant débuté à l'âge de seize ans et demi. — Durée vingt-deux mois. — Démence, hallucinations terrifiantes. — Affaiblissements de la motilité avec contracture plus marquée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.*

Le nommé D..., né le 14 janvier 1877, à Pacy, domicilié à Gisors, vannier, est entré à l'asile d'Evreux, le 14 septembre 1894 et y a succombé le 14 janvier de l'année suivante.

Sa mère était très nerveuse et est morte d'un cancer à l'estomac.

Son père, manœuvre au chemin de fer, est d'une bonne santé, sobre, d'une intelligence ordinaire.

Il a une sœur, âgée de vingt-huit ans, mariée, mère de deux enfants, et un frère, âgé de vingt-sept ans. Ils se portent bien, mais sont très nerveux, très irritables, se mettent en colère pour le plus léger motif.

Il a eu deux oncles maternels morts, vers l'âge de cinquante ans, d'une attaque d'apoplexie cérébrale.

Il est allé à l'école jusqu'à l'âge de douze ans et a reçu une instruction primaire ordinaire. Il était assez intelligent, mais très émotif, d'un caractère très timide.

A treize ans, il fut mis en apprentissage chez un vannier; à seize ans il savait à peu près son métier.

A seize ans et demi, il commença à être pris d'accidents congestifs vers la tête. La face devenait parfois très rouge et il se plaignait souvent d'une violente céphalalgie.

La timidité naturelle augmenta; il perdit le goût pour le travail et sa mémoire s'affaiblit progressivement. Le médecin attribua ces symptômes à une vie trop sédentaire, et son père lui fit abandonner le métier de vannier pour le mettre apprenti maçon. Malgré ce changement de profession, son état cérébral, au lieu de s'améliorer, alla toujours en s'aggravant.

L'intelligence s'affaiblit de plus en plus; il était plongé dans une espèce de torpeur dont rien ne pouvait le tirer, et quinze jours avant son entrée à l'asile, il était devenu incapable d'aucun travail; quatre jours avant son admission, il avait fait des menaces de suicide. Pendant cette quinzaine, le médecin lui ordonna des douches; il en prit huit, qui semblèrent encore aggraver son état.

On n'a constaté chez lui ni idées délirantes, ni hallucinations.

15 *septembre*. — Examen du malade. — Il est bien conformé et ne présente aucun stigmate de dégénérescence physique.

D'une taille assez élevée, il paraît avoir une bonne constitu-

©BIUM

tion. Son père nous a dit que, depuis qu'il était malade, sa santé s'était fortifiée, qu'il avait beaucoup grandi et qu'il avait pris un certain embonpoint.

Il est plongé dans un état de stupeur profonde, paraît complètement indifférent à tout ce qui l'entoure, à tout ce qui se passe autour de lui. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse.

Il faut pourvoir à tous ses besoins, le faire manger, l'habiller. Il a uriné au lit cette nuit. Il marche assez bien.

Réflexes de l'iris et du genou normaux. Sensibilité conservée.

20 *septembre*. Même état de stupeur, qui paraît dû en partie à des hallucinations visuelles terrifiantes. Il a crié hier au feu, disant qu'il allait brûler, appelant son père. Il ne veut pas répondre aux questions qu'on lui adresse. Tendance à commettre des actes de violence envers les personnes qui lui donnent des soins. Gâtisme. Il marche assez bien.

30 *septembre*. Même état de stupeur. Il a crié plusieurs fois au feu, appelant son père. Il ne veut pas répondre aux questions qu'on lui adresse et il est impossible de constater s'il y a de l'embarras de la parole.

1er *octobre*. Aujourd'hui il répond à quelques-unes des questions qu'on lui fait. Il nous dit qu'il est mort, ainsi que son père et tout le monde de Gisors. Il a entendu la voix de son père, a vu du feu dans son lit. Hébétude profonde de la physionomie. Gâtisme.

3 *octobre*. La motilité des membres inférieurs s'est très affaiblie et l'on est forcé de le laisser couché parce qu'il marche très difficilement. Il crie encore quelquefois au feu, appelle papa. Pupille droite plus dilatée que la gauche.

18 *octobre*. Démence complète. Il parle un peu, répond à quelques-unes de nos questions. Il ignore le jour, le mois, l'année où nous sommes, ne sait pas depuis combien de temps il est à l'asile.

La parole est traînante, embarrassée. Il a reconnu son père qui est venu le voir hier, et a demandé à s'en aller avec lui. Bon appétit. Santé physique très bonne. Il a pris un peu d'embonpoint. Il se lève, mais marche avec beaucoup de peine. Les membres inférieurs sont très raides. Il déchire souvent ses vêtements. Il ne sait pas ce qu'il fait. Les actes sont désordonnés. Gâtisme.

29 *novembre*. Il ne peut plus marcher du tout, reste toujours au lit, mais se sert encore assez bien de ses mains. Les membres inférieurs sont très raides, et les membres supérieurs beaucoup moins. Intelligence complètement abolie. Il ne comprend plus rien, déchire sa literie. Appétit conservé.

Les forces physiques se maintiennent.

©BIUM

27 *décembre*. Vie purement végétative. La contracture des membres inférieurs a beaucoup augmenté. Les jambes sont fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, et il est impossible de les étendre. Il se sert encore un peu de ses mains.

Il ne parle pas. Appétit conservé. Gâtisme.

4 *janvier* 1895. Il s'affaiblit beaucoup. Des escarres se forment au sacrum et au grand trochanter du côté droit, sur lequel il est presque toujours couché. L'appétit se maintient.

Sensibilité conservée.

6 *janvier*. Il mange difficilement. Les escarres augmentent.

Il s'affaiblit. La flexion des jambes sur les cuisses, des cuisses sur le bassin, est très prononcée.

Raideur des membres plus marquée aux inférieurs qu'aux supérieurs.

14 *janvier*. Il succombe aujourd'hui à 1 heure du matin. Depuis sept jours, il ne prenait presque plus aucun aliment; à peine pouvait-on lui faire boire une très petite quantité de lait.

AUTOPSIE. — Cinquante-deux heures après la mort. Température très basse. Escarres profondes du sacrum et du grand trochanter droit. Amaigrissement. Flexion des jambes sur les cuisses, des cuisses sur le bassin. Inclinaison de tout le corps sur le côté droit. Les organes de la cavité thoracique et ceux de la cavité abdominale ne présentent aucune lésion

Leur poids est normal.

Le poumon droit pèse 450 grammes, le gauche 550 grammes, le rein droit 122 grammes, le gauche 102 grammes, la rate 77 grammes, le foie 1.132 grammes, le cœur 248 grammes.

Poids de l'encéphale.

	gr.
Hémisphère droit	560
— gauche	565
Cervelet	145
Protubérance	15
Bulbe	7
	1.292

Les granulations de Pacchioni à la partie moyenne des bords interhémisphériques sont très développées, ce qui ne s'observe pas à cet âge. Les membranes viscérales de la face externe des hémisphères cérébraux, surtout à la partie supérieure des circonvolutions ascendantes, sur le tiers postérieur des trois frontales transverses et sur la pariétale supérieure sont épaissies et opalescentes. Elles adhèrent à la substance corticale, et, quand on les enlève, elles entraînent avec elles des lambeaux larges

©BIUM

et épais de cette substance, laissant à nu une surface dénudée, très injectée, très ramollie et qui a un aspect granuleux. Ces adhérences sont très nombreuses, existent sur presque toute l'étendue du cerveau, et ne manquent guère qu'au sommet du lobe occipital. Il est rare de les voir aussi étendues dans la paralysie générale, où elles n'existent pas le plus souvent sur tout ce lobe.

Toute la substance corticale est injectée et ramollie. La substance blanche est congestionnée.

Cervelet normal.

La sérosité sous-arachnoïdienne et intraventriculaire est augmentée de quantité.

Les granulations de l'épendyme du ventricule du cervelet sont très nombreuses et assez volumineuses; celles des autres ventricules sont fines et assez rares.

Dans ces deux observations je n'ai pas constaté d'antécédents syphilitiques, bien que j'aie interrogé longuement les parents de ces malades sur ce point.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

René Semelaigne.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1897.

I. — *Le latah, une maladie mentale des Malais*, par le Dr W. Gilmore Ellis, directeur de l'asile de Singapour (numéro de janvier). — On désigne sous ce nom, en Malaisie, certains troubles nerveux transitoires, difficiles à classer à cause de leur caractère variable. Chez tous les malades, leur début est brusque et reconnaît pour cause une excitation auditive ou visuelle, un contact soudain, jamais une sensation de goût ou d'odorat. La simple audition d'un nom, surtout celui de certain animal, comme le tigre redouté, donne lieu à cette manifestation morbide. Un entourage malin se plaît parfois à provoquer la crise de latah pour se divertir aux dépens de l'infortuné patient. Elle peut durer de quelques moments à une demi-heure et davantage.

Ces désordres offrent deux formes bien distinctes.

1° Leur caratère prédominant est une mimique involontaire et irrésistible ;

2° Ils se distinguent par des phénomènes d'agitation paroxystique associée à la coprolalie.

Pour faire connaître cette névrose curieuse, l'auteur en a présenté quelques exemples typiques. Nous ne saurions mieux faire que les résumer ici.

En 1875, M. O'Brien parcourait la péninsule malaise. Il remontait une rivière, et parmi les rameurs se trouvait un homme atteint de latah. Un soir, notre voyageur s'amusait à tirer des fusées pour distraire son équipage. Tout à coup, l'homme s'élance, lui arrache la mèche des mains, met le feu à une pièce d'artifice, puis se laisse tomber sur la face en faisant entendre un bruit confus qui semble exprimer la crainte. Le lendemain, cet homme se montrait raisonnable et respectueux. Un peu plus tard, au moment du départ, le même individu

©BIUM

répète frénétiquement un geste d'adieu. Si M. O'Brien siffle un air, le Malais ne peut s'empêcher de siffler à son tour.

Deux autres faits sont rapportés par le même explorateur; l'un deux est historique. Le cuisinier d'un vapeur, sujet à ces crises, était fréquemment en butte aux sottes plaisanteries de l'équipage. Un jour qu'il berçait son enfant dans ses bras, un matelot s'approche de lui, tenant un billot de bois qu'il projette en l'air. Aussitôt le malheureux cuisinier d'imiter son camarade. Le matelot ouvre les bras et laisse tomber la bûche à terre; le cuisinier jette son enfant sur le pont et le tue.

Un domestique ayant vu son maître déchirer une lettre et en jeter les morceaux par la fenêtre jette aussitôt par une autre fenêtre un paquet de vêtements qu'il portait. Après avoir commis cet acte, il s'excuse et déclare avoir agi malgré lui.

Un autre, qui ignore l'anglais et ne chante jamais, entonne à l'unisson de son maître un air populaire sans y rien comprendre.

Au cours d'un voyage, en 1890, M. Ellis rencontre à Kedah une vieille dame parfaitement raisonnable et correcte qui était sujette au latah. Sans la prévenir, un des amis qui accompagnaient cette dame lui touche légèrement le côté et commence à se déshabiller; aussitôt elle quitte ses vêtements et l'on doit intervenir pour l'empêcher de se dépouiller jusqu'au bout. Un des assistants se met à danser un cavalier seul, et la bonne dame s'empresse de lui faire vis-à-vis. Elle se montrait d'ailleurs fort irritée de toutes ces taquineries et recouvrait son état normal après avoir dormi. M. O'Brien raconte une histoire semblable.

Le premier exemple que donne l'auteur de latah paroxystique est bien caractéristique. Un Eurasien de quarante-trois ans, fils de père portugais et de mère malaise, a été atteint vers sa vingt-deuxième année. Au moindre bruit, il pousse invinciblement un cri obscène « Puki » (parties génitales de la femme). Si on le touche à l'improviste, il crie « Puki » et jette à la tête de ses voisins ce qu'il trouve sous sa main. Il est conscient de sa misère, très intelligent et n'offre aucun signe de folie.

Un autre Eurasien, employé du gouvernement, poussait aussi au premier contact des cris obscènes, puis étreignait un arbre ou un poteau en imitant l'acte sexuel.

Une servante de l'asile, métissée de Malais et de Tamil, âgée de quarante-huit ans, offrait des atteintes légères du mal. Lorsqu'elle était réprimandée, elle tremblait pendant quelques

©BIUM

secondes, urinait sous elle, émettait des gaz et proférait des mots sales.

Certains de ces névrosiques forment un groupe à part. Chez eux, la crise de latah suit l'audition d'un nom, le plus souvent le nom d'un animal féroce. Un de ces malades, en entendant le mot « hariman » (tigre), laisse échapper un mot obscène et court pendant une centaine de mètres avant de revenir à lui. Un médecin malais montrait une angoisse extrême en entendant nommer le tigre, et pourtant, il était très courageux. C'était un des rares Indiens capables de passer les nuits dans les jungles. Un autre entrait en crise au mot crocodile. Cet homme chassait un jour le redoutable alligator avec une témérité qui effrayait ses compagnons. Une heure après avoir tué l'animal, il l'entend nommer. Aussitôt il jette sa gaffe, fait entendre une exclamation dégoûtante et se jette dans la rivière. On voit par ces deux exemples que ce n'est pas la peur qui détermine la crise.

Une femme de quarante-cinq ans, mère de quatre enfants bien portants, présente des accès de mimique avec coprolalie. Elle cause paisiblement avec l'auteur. Tout à coup, celui-ci pousse un cri qui est répété par la femme. Il danse, elle danse; il parle anglais, elle imite son langage. Sur un nouveau cri, elle pousse l'exclamation « Puki », en témoignant du dégoût et de la honte. Enfin il lui montre une pièce de bois en disant « snake » (serpent), et elle s'enfuit épouvantée. La parenté du latah et de l'hypnotisme apparaît dans ce dernier exemple. Cependant la malade était réfractaire à l'hypnotisation.

Le dernier trait est plaisant; il est décrit par M. Swekenham dans ses *malay sketches*. Ce voyageur avait à son service deux Malais, atteints tous deux de latah. Ils s'appelaient Kassim et on les distinguait par les noms de Kassim major et Kassim minor. Leurs camarades s'en amusaient volontiers. Un jour, ils présentent à l'un d'eux un rouleau de paillassons en lui disant : « Kassim, voilà ta femme »; et Kassim prend le rouleau dans ses bras et lui prodigue ses tendresses. Pendant ce temps, on introduit l'autre Kassim de l'autre côté du paquet informe, en lui faisant la même présentation. Kassim minor répète la même pantomime amoureuse. Ils finissent par rouler à terre tous les deux, en embrassant leur épouse imaginaire. Aucun de ces individus n'avait été marié.

Telle est cette bizarre maladie. Presque toujours héréditaire, elle atteint souvent plusieurs membres d'une famille. Elle

©BIUM

affecte de préférence la femme et l'enfant (depuis douze ans). L'influence d'un simple mot sur la production des accès est le côté curieux de la névrose, qui désespère les malheureuses femmes qui en sont victimes. Le latah offre des points de ressemblance avec le miryachit des Sibériens et des Lapons, la maladie des sauteurs américains, le bat-tschi des Siamois. Ses rapports avec l'hypnotisme semblent évidents, bien que l'amnésie et la perte de conscience y soient exceptionnellement observées.

II. — *Quelques aspects indiquant la phagocytose, observés sur le cerveau des aliénés ;* par M. le Dr John Turner (numéro de janvier). — La phagocytose, cette fonction admirable qui pourvoit à l'absorption et à l'élimination des déchets cellulaires, a été attribuée par M. Bevan Lewis aux cellules de Deiters. M. John Turner a trouvé que d'autres éléments concourent à ce travail biologique et il désigne les leucocytes. Il les a vus à l'œuvre.

Disséminées à travers les espaces péri-cellulaires, existent des cellules de petite dimension qui se colorent fortement par la fuchsine. Elles sont rondes, ovales ou ridées et contiennent des granulations également colorées. Elles mesurent de 4 à 9 μ. Dans un espace, on en découvre tantôt une seule, tantôt trois et quatre. Presque toujours, le cytoplasme de la cellule nerveuse avoisinant ces corps offre une perte de substance. L'élément cérébral présente en cet endroit comme une morsure et l'on voit nettement sur son contour une lacune à section arrondie.

Les divers aspects de la lésion sont figurés admirablement sur la planche qui a été jointe à cette note. Chez quelques cellules nerveuses, un morceau du cytoplasme a disparu ; d'autres cellules sont réduites à un noyau entouré d'un vestige de protoplasme et ont perdu leurs prolongements. En d'autres points on voit le sommet d'un prolongement paraissant à moitié entamé par un corps cellulaire qui s'appuie sur lui. Dans tous les cas, les lacunes correspondent par leur position aux petites cellules mentionnées plus haut qui paraissent exercer vis-à-vis des éléments nerveux une action destructive. Les noyaux ne sont jamais envahis par la lésion. Par leur volume, leur conformation et leurs réactions, ces corps sont évidemment des leucocytes qui errent librement dans les espaces péri-cellulaires et autour des vaisseaux. Ils y jouent, d'après M. Turner, un rôle d'épuration.

Ses observations ont porté sur de nombreux cerveaux

©BIUM

d'aliénés : paralysés généraux, alcooliques, maniaques et mélancoliques de formes diverses.

III. — *L'asile londonnien élevé à Claybury par le conseil de la province; notes sur sa première année d'existence;* par le Dr Robert Jones, directeur (numéro de janvier). — Ce vaste établissement, approprié aux besoins d'une ville immense, est le premier qu'on doive à l'initiative du conseil de comté, sous le nouveau régime légal. C'est le cinquième asile pour la métropole. Il s'élève sur une colline et s'étend sur un terrain de 269 acres, à un mille 1/2 de la station de Woodford, sur le Great Eastern Railway, à une distance de 9 milles environ du Royal Exchange.

A l'origine, en 1887, il devait recevoir 2.000 malades (800 hommes et 1.200 femmes). Plus tard, d'autres bâtiments, qu'on devait affecter à d'autres usages, ont été donnés aux aliénés, et son accommodation actuelle s'adapte à 2.500 places (1.450 hommes et 1.050 femmes).

Les sections d'aliénés comprennent de chaque côté trois bâtiments à deux étages pour les malades infirmes et les cas récents. Cette partie de l'asile se divise en douze quartiers distincts et loge 650 individus (300 hommes et 350 femmes). Il y a un quartier par étage. Plus loin, on trouve deux pavillons à trois étages; l'un pour les hommes (6 quartiers pour 180 malades), l'autre pour les femmes (9 quartiers pour 295 aliénées). Ces logements sont pour les cas aigus et n'admettent qu'un petit nombre d'aliénés, 20 à 30, chaque quartier étant encore subdivisé en trois ou quatre chambres. Ce système d'isolement est évidemment favorable au traitement de la folie; mais il est dispendieux, à cause du personnel qu'il réclame.

Près du centre, et s'ouvrant sur de vastes cours, sont deux bâtiments de trois quartiers chacun occupés par les épileptiques (170 hommes et 190 femmes). Leurs dortoirs sont au rez-de-chaussée, en enfilade.

Enfin, l'asile a trois pavillons à trois étages pour les chroniques (350 hommes et 400 femmes y sont hospitalisés) et un bâtiment pour 150 travailleuses, près de la buanderie. Il est pourvu de 46 cellules capitonnées en caoutchouc. Du côté des hommes sont des ateliers de tailleurs, cordonniers, tapissiers, charpentiers, plombiers et forgerons. L'ouvroir des femmes peut recevoir cent travailleuses.

Le service balnéaire comprend 24 baignoires pour les hommes, 30 pour les femmes. Les services généraux sont desservis

©BIUM

par de grands corridors de 12 pieds de large, qui donnent accès respectivement à la buanderie, aux magasins, aux cuisines et à la salle de récréation commune.

La chapelle a 800 places. Elle occupe une position centrale au bout d'une large galerie dirigée du nord au sud. A l'ouest de la chapelle sont les logements des fonctionnaires et des médecins adjoints. A l'angle nord de l'asile est l'habitation de deux dames docteurs. Le pavillon du directeur est placé à l'est de la chapelle.

Au nord de l'asile est un hôpital de contagieux pour 20 malades. Il y a en outre une autre installation plus petite pouvant recevoir deux ou trois cas d'urgence.

A l'établissement est annexée une maison de santé pour payants; 50 hommes y sont actuellement traités.

L'amphithéâtre comprend une salle d'autopsie et de collections, deux salles des morts, une salle de réfrigération et une salle d'attente.

Un laboratoire de bactériologie, de chimie, de physique et de photographie, une bibliothèque et un musée forment une installation complète pour l'anatomie pathologique.

La ferme de l'asile est d'une importance qui correspond à ses dimensions. On y élève 80 vaches et 400 cochons. Une machine à gaz assure le travail de la meunerie et de la boulangerie.

A Claybury, tout a été conçu sur un plan grandiose. Sans entrer dans des détails trop touffus, nous pouvons relever dans cette notice quelques chiffres intéressants. Les bâtiments couvrent une superficie de 20 acres. Il est entré dans la construction 12 acres d'ardoises, 13 acres de planchers, 2.600 portes, 4.700 fenêtres, 11 milles d'égouts et de gouttières, 22 milles de tuyaux, 27.000.000 de briques. La promenade nécessitée par une tournée ordinaire d'inspection n'a pas moins de 10 milles 1/2 de longueur.

La dépense totale était, au mois de mai 1896, de 579.303 livres; cette somme, divisée par 2.500, met le prix du lit à 238 livres 18 shellings. Si l'on retranche de la dépense totale le coût de l'immeuble, les frais de vêture, etc., le lit revient à 189 livres 14 shellings.

De mai 1893 à février 1894, 1.140 aliénés ont été transférés de 40 asiles ou maisons autorisées. Le reste des entrants, au nombre de 860, était formé des cas aigus recueillis dans Londres, où les faits d'aliénation mentale se produisent dans une

©BIUM

moyenne de 70 par semaine. Pendant sept mois, la moyenne mensuelle des admissions a été de 300; mais les admissions journalières n'ont jamais dépassé 40.

Dès son entrée, chaque aliéné est examiné nu, et des notes sont prises sur sa conformation physique. Au début, l'examen des femmes se bornait à la poitrine, mais l'entrée en fonctions des deux dames médecins a permis de soumettre les entrantes à une exploration complète.

Tous les malades ont leur feuille d'observation. Leurs noms sont affichés au-dessus de leur lit et parfois cousus à leurs vêtements. Peu de temps après l'admission, ils sont photographiés; cette mesure est utile en cas d'évasion.

Les accidents sérieux sont très rares au nouvel asile. Le premier suicide ne s'y est produit que pendant la troisième année.

Les guérisons sont nombreuses; mais, calculées d'après le chiffre des admissions, leur proportion est peu élevée. M. Jones estime qu'elles devraient être calculées sur le nombre des malades traités. Quelques aliénés chroniques ont guéri; ce résultat inattendu peut reconnaître pour cause la perturbation morale et le changement d'existence déterminés par le transfert. La mortalité a sévi surtout sur les malades transférés et l'on a remarqué que le déplacement exerçait une action fâcheuse sur les chroniques.

IV. — *La découverte de la folie dans les prisons;* par M. J. Pitcairn (numéro de janvier). — Il existe au Royaume-Uni une organisation pénitentiaire qui permet de découvrir de bonne heure les cas d'aliénation mentale chez les prisonniers.

Londres est pourvue de quatre prisons : Pentonville, Wandsworth, Wormwoods Scrubs et Holloway.

Les trois premières ont la même importance et reçoivent chaque jour un millier de pensionnaires. Holloway n'en reçoit que 700 et sert de maison de détention provisoire, de dépôt. Tous les prévenus qui attendent leur procès sont consignés d'abord à Holloway, d'où ils sont évacués plus tard, une fois condamnés, sur les autres établissements. Cette place est donc favorable à la constatation des troubles mentaux, quand il s'en produit. Pour employer une expression originale de l'auteur, Holloway joue le rôle d'un filtre; c'est là que se fait la sélection des malheureux aliénés.

Tout d'abord, le magistrat qui a signé l'ordre d'écrou et qui a conçu des doutes sur l'intégrité mentale du criminel annote

©BIUM

son ordre pour appeler sur celui-ci l'attention du médecin de la geôle. Aussitôt, le détenu est mis en observation et, s'il y a lieu, renvoyé après une semaine devant le magistrat avec un rapport sur son état mental. En six ans, de 1890 à 1896, 2.862 prisonniers, 2.014 hommes et 848 femmes, ont bénéficié de cette mesure.

A Holloway, les détenus peuvent communiquer librement avec leurs amis et leurs avocats; ils écrivent et reçoivent des lettres. Les autorités de la prison sont promptement édifiées sur les antécédents de leurs nouveaux pensionnaires et elles ordonnent le placement des suspects dans un quartier spécial où des gardiens expérimentés, instruits comme de vrais infirmiers d'asile, les étudient sans relâche. Il faut remarquer encore que tout individu chargé d'un crime énorme est considéré *ipso facto* comme un sujet d'observation.

Dans la période précitée, le nombre des détenus ainsi traités n'a pas été moindre de 3.061 (1.784 hommes et 1.277 femmes).

Ce groupe comprend des individus qui ont accompli des tentatives de suicide. Ils sont envoyés à l'observation par les magistrats de police pour une semaine, et l'examen dont ils sont l'objet ne tarde pas à mettre la folie en évidence. 2.501 prisonniers, 1.251 hommes et 1.250 femmes, ont subi cette procédure.

Lorsque, en raison de la gravité de son crime ou pour d'autres causes, le prisonnier soupçonné d'aliénation mentale est renvoyé devant la cour centrale criminelle ou l'une des six sessions trimestrielles de la métropole, le médecin de la prison a eu largement le temps d'établir son rapport pour les juges. Il est aussi d'usage que l'avocat du trésor fasse tenir copie des dépositions à ce médecin, qui est en état de se prononcer sur la responsabilité du criminel. 84 prévenus, 61 hommes et 23 femmes, ont été acquittés dans ces conditions.

Devant une cour de juridiction sommaire, la procédure est très simple vis-à-vis des individus signalés comme aliénés. Ils sont placés par le magistrat dans un workhouse, où ils sont traités comme aliénés pauvres en attendant leur transfert à l'asile du district. Pendant les six ans, 1.432 auteurs de délits, 1.047 hommes et 387 femmes, ont été reconnus aliénés à Holloway et hospitalisés ainsi par les soins des tribunaux de police.

V. — *Maladie mentale (qui n'est pas une paralysie générale) associée avec le tabes dorsal;* par les Drs W. Macdonald et

©BIUM

A. Davidson (numéro de janvier). — Nous indiquons les traits les plus saillants de cette observation intéressante.

Homme de trente-neuf ans, trouvé errant; admis le 1er mai 1896. Le certificat d'admission le déclare atteint de paralysie générale avec ataxie locomotrice. D'après les notes de police, cet homme se frappait violemment le visage et s'est montré agressif envers les constables.

A l'asile, on relève les signes suivants ;

Etat physique : mal nourri, yeux à fleur de tête; pupilles inégales, insensibles à la lumière, sensibles à l'accommodation, strabisme interne gauche; léger nystagmus, abolition des réflexes rotuliens et plantaires, pas de clonus des chevilles; langue déviée à gauche, sans tremblement.

Etat mental : parole traînante, perte des dates; plaintes confuses et répétées sur son ataxie qu'il nomme à chaque instant; irritable et émotif; ne peut suivre une conversation. Pendant trois mois, la situation est restée la même. Par intervalles, on a constaté une hémianesthésie bien marquée avec de la diplopie. Le malade a eu des accès d'irritabilité suivis d'état émotif avec confusion mentale. Il avait aussi des hallucinations de l'ouïe.

La mort a eu lieu le 16 août et a suivi des attaques d'épilepsie, la première marquée par une chute sur la face, toutes par des convulsions à droite et déviation des yeux du même côté.

L'autopsie a fait voir une congestion intense du diploé et des membranes, surtout à gauche, sans aspect laiteux de l'arachnoïde ni adhérence aux circonvolutions, un épanchement abondant de sérosité, les sinus latéral et longitudinal remplis par un caillot rouge.

Les circonvolutions sont atrophiées par places, surtout dans les régions rolandiques, et l'on voit en ces points limités des petits lacs séreux.

La substance grise est amincie, plus à gauche qu'à droite; les ventricules n'ont pas de granulations.

L'examen de la moelle montre une sclérose complète des cordons postéro-médians, moins avancée des cordons postéro-externes, avec une production abondante de corps colloïdes et l'épaississement des tuniques vasculaires.

MM. Macdonald et Davidson font remarquer que chez ce malade aucun symptôme n'autorisait le diagnostic de paralysie générale. Il ne faut pas s'étonner cependant de l'erreur commise

©BIUM

lorsque tous les traités spéciaux affirment la parenté du tabes et de la périencéphalite. D'après nos confrères, l'invasion de la paralysie générale chez un tabétique est un fait qui ne doit pas être accepté sans réserve. Les troubles mentaux qui compliquent le tabes sont caractéristiques et doivent empêcher la confusion. Il ne peut y avoir d'erreur que dans la période de démence partielle qu'on observe dans l'ataxie. Cette dernière affection se termine fréquemment par des attaques d'épilepsie (Marie). Chez le malade actuel, elles paraissaient causées par l'épanchement excessif de fluide cérébro-spinal.

VI. — *Note sur la théorie de Weigert, touchant la structure de la névroglie;* par le Dr Ford Robertson (numéro de janvier). — Les nouvelles vues de Weigert sur les prolongements névrogliques sont critiquées dans ce travail. L'anatomiste allemand, employant un procédé de coloration à base de violet de méthyle, a vu les fibres de la névroglie et les noyaux teintés en violet, le protoplasma des cellules demeurant invisible. Il en a conclu que ces fibres, considérées jusqu'ici comme une expansion des cellules de Deiters, en étaient absolument indépendantes, et qu'elles étaient séparées morphologiquement du protoplasma cellulaire.

M. Ford Robertson défend l'ancienne théorie et démontre que Weigert a été trompé par de fausses apparences.

Le professeur Ranvier admet que les fibres névrogliques traversent sans se rompre le protoplasma des cellules. Weigert inteprète à son profit les idées du savant français, comme favorables à l'hypothèse du passage des fibres en dehors du protoplasma, dont elles se distinguent anatomiquement. D'autres micrographes, au nombre desquels il faut citer Golgi, ont étudié la question d'après la méthode de Ranvier et ont émis l'avis que l'aspect des fibrilles traversant le protoplasma est illusoire et causé par des rides produites par l'acide osmique.

La continuité des fibres avec le protoplasma a été démontrée par Bevan Lewis et Golgi. D'après le premier, les cellules ont une forme épineuse, inégale, et les fibres naissent du sommet des épines; le procédé de Golgi montre isolément une cellule avec les prolongements qui en naissent; il laisse invisibles les cellules et les fibres environnantes.

Pour défendre sa thèse, Weigert insiste sur deux arguments principaux : Les fibres ont souvent la forme d'un fil ininterrompu qui traverse la cellule en s'incurvant au voisinage du noyau. Il s'agirait là d'une pure illusion. D'abord, les fibres qui

©BIUM

traversent la cellule peuvent être des prolongements des cellules voisines. Ensuite, ces prétendues fibres incurvées ne sont pas continues. En colorant par d'autres procédés les préparations de Weigert et en rendant le protoplasma visible, on peut s'assurer que cette incurvation apparente est formée par le bord de la cellule qui s'est contracté et semble être en continuité avec les fibres adjacentes.

En étudiant les granulations de l'épendyme, Polizzi a pu reconnaître la vraie structure de la névroglie, qui est telle que Golgi l'a décrite.

VII. — *La signification des déformations du palais chez les idiots;* par le Dr Walter Channing (numéro de janvier). — L'auteur de ce mémoire très documenté s'élève contre l'opinion généralement admise qui considère comme dégénérés tous les individus affligés de quelque malformation physique. La dégénérescence résulte d'une somme de conditions anormales et ne saurait se lier à une simple déviation du développement. C'est surtout à propos du palais buccal, qui est d'un examen facile, d'une étude commode, qu'on a commis cette fausse interprétation. Depuis trente ans que le Dr Down a remarqué son étroitesse chez les idiots, on regarde volontiers sa déformation en V comme un signe d'idiotie. Ce médecin avait basé sa doctrine sur un examen de 200 cas. Elle fut contestée alors par un dentiste américain, le Dr Norman W. Kingsley, mais avec une vigueur insuffisante, et la doctrine du Dr Down a continué de s'imposer jusqu'à ce jour.

M. Walter Channing, après avoir mentionné les travaux de Clouston, Talbot, Peterson, Sheppart et Cooke, vient apporter à cette étude son tribut personnel, qui est important.

Il a pris les moulages des palais chez 1.000 idiots, pensionnaires des instituts spéciaux d'Amérique, et, pour servir de comparaison, chez 500 enfants des écoles. Les palais des idiots, classés d'après leurs formes respectives, se présentent avec les pourcentages suivants :

Forme en V	19
Forme partielle en V	24.8
Forme en demi-V.	4.3
Palais en selle	11
Palais normal (en U).	40.9

Il appert de ce tableau que 41 p. 100 des idiots ont un palais normal. Les chiffres indiqués par l'auteur sont fournis

©BIUM

par une observation consciencieuse. Ils établissent que les idiots offrent une forte proportion de palais normaux. D'autre part, nombre d'individus sains d'esprit ont le palais déformé (Drs Sheppard et Cooke). On ne peut pas, en conséquence, considérer un palais anormal comme un signe de dégénérescence.

Il étudie en terminant le rôle joué dans les déformations par le travail de la dentition. Chez beaucoup de sujets, le caractère infantile persiste après la puberté et le palais offre chez eux des configurations variées sur lesquelles nous ne pouvons nous arrêter. C'est là le grand facteur des anomalies. Talbot afffrme que les déformations palatines n'apparaissent qu'au moment de la seconde dentition ou vers la huitième année. En mêlant ensemble des moules d'idiots, âgés de six à douze ans, avec des moules d'enfants de l'école et du même âge, M. Channing n'arrivait pas à les distinguer.

Les 500 enfants des écoles que notre confrère avait pris comme sujets de comparaison offraient de nombreuses malformations et irrégularités qui, plus tard, devaient s'accentuer par les progrès du développement. Elles auraient pu devenir alors de prétendus stigmates de dégénérescence.

En résumé, on peut affirmer que, jusqu'à l'âge de huit ans, le palais des idiots et celui des enfants normaux se ressemblent. Jusqu'à cette époque de la vie, les caractères ne sont pas assez tranchés pour qu'on puisse y reconnaître une différence au point de vue morphologique. M. Channing termine son intéressant travail par les conclusions suivantes :

Les 2/5 des palais des idiots ont une conformation normale.

Les palais des individus sains peuvent être déformés.

L'idiot présente une différence, non dans le degré, mais dans la nature de la malformation. Chez tous les déformés existe un développement anatomique irrégulier.

Les palais d'enfants normaux et d'idiots au-dessous de huit ans ne diffèrent pas sensiblement.

Il n'y a pas de forme de palais spéciale à l'idiotie. La doctrine qui veut que les palais en V ou autres soient des stigmates de dégénérescence, est encore à démontrer.

VIII. — *De la folie post-opératoire, avec notes sur un cas survenu trois semaines après une laparotomie* ; par le Dr Christian Simpson (numéro de janvier). — Le fait clinique dont on trouvera le résumé plus loin a suggéré à l'auteur de cette

©BIUM

note des recherches statistiques curieuses qui lui donnent une valeur incontestable.

Une dame âgée de cinquante-trois ans souffre depuis neuf mois de troubles gastriques graves. Son état se complique de vomissements incoercibles qui rendent nécessaire l'alimentation rectale. Une hématémèse se produit et l'on pratique une laparotomie exploratrice. On trouve l'estomac très dilaté et le pylore englobé dans une masse de tissu (?). L'opération n'a pas été poussée plus loin et a été suivie d'un mieux remarquable.

Vingt-quatre heures après l'opération, cette dame est éprouvée par des contrariétés domestiques et devient maniaque. Elle refuse la nourriture et déploie dans la destruction une force extraordinaire. Au bout d'un mois, elle entre en convalescence en ne gardant aucun souvenir de l'accès de folie. Il lui est resté des sensations bizarres dans la tête, et de l'égarement. La guérison n'a été complète que deux ans plus tard.

Dans le travail de chiffres qu'il présente, M. Simpson n'a pas compris les opérations sur le crâne ni les troubles mentaux résultant des anesthésiques, de la septicémie, de l'urémie et des intoxications. Il se limite aux opérations aseptiques extra-craniennes.

Homans, sur 1.000 laparotomies (700 ovariotomies et hystérectomies) a observé deux complications mentales. Werts a eu deux cas mentaux sur 228 opérations abdominales. Schnabel en a noté 22 sur 186 opérations sur l'œil ; tandis qu'à l'infirmerie des yeux et des oreilles de Massachusets, 128 opérés ont fourni 4 cas de folie. Denis, dans sa thèse, donne un pourcentage de 2,5, évidemment trop élevé. A la Royale infirmerie d'Edimbourg, de 1882 à 1894, on a pratiqué 5.500 opérations de tout genre qui n'ont donné que 10 cas d'aliénation mentale. L'auteur n'a eu que l'opération présente compliquée de folie sur une série de 100 opérations pratiquées en deux ans dans sa clientèle. Cela ferait en tout 11 cas sur 5.600 opérés depuis 1882 ; soit une proportion de 2 p. 1000.

Le type du trouble mental généralement décrit est la confusion mentale aiguë ; mais la forme est aujourd'hni mieux spécifiée. Sur 163 cas, l'auteur a noté 67 manies, 45 mélancolies, 1 hypocondrie, 2 folies délusionnelles, 10 démences, 8 folies alcooliques, 24 confusions hallucinatoires, 2 nymphomanies, 4 folies hystériques. Il semble résulter de cette énumération que la manie et la mélancolie sont les deux formes les plus fréquentes.

©BIUM

Après avoir étudié 186 cas, Sears remarque que le type général est la confusion mentale aiguë.

L'âge est un facteur important dans l'éclosion de ce genre de folie ; il crée l'épuisement nerveux et la malnutrition cérébrale qui provient de l'athérome syphilitique ou sénile. Sur 67 p. 100 de 80 cas, Sears a trouvé que l'âge moyen était 40 ans (variant de 10 à 80) ; Franck-Hockwart, sur 32 opérés ophtalmiques devenus aliénés, en a eu 15 dont l'âge variait de 30 à 90 ans. Ils étaient atteints de confusion mentale aiguë. Sept autres, avec la mention « âgés », étaient de simples déments. Sur 29 cas appartenant à l'auteur, l'âge moyen était de 47, 3 ans. Chez 17 autres, qui étaient certainement d'origine septique, cette moyenne était de 45, 9 ans.

Le sexe et, parallèlement, la nature de l'opération exercent une influence réelle. C'est en effet à la chirurgie gynécologique qu'il faut attribuer la fréquence plus grande de la folie post-opératoire chez la femme, qui, sans elle, n'y serait pas plus sujette que l'homme ; Sears l'a nettement prouvé sur 186 cas fournis par Hiernan : il y avait 65 gynécologiques et 35 ophtalmiques. Le Dentu a noté sur 68 cas, 38 consécutifs à des opérations sur les organes génitaux. M. Simpson trouve, sur 124 opérés, 102 femmes et parmi elles 95 gynécologiques. Cette statistique comprend 18 hommes sur lesquels 4 avaient eu le péritoine impliqué dans l'opération. Si le système génito-urinaire de l'homme était aussi souvent que celui de la femme le siège des opérations, les troubles vésaniques seraient sans doute aussi fréquents dans les deux sexes.

L'action de l'hérédité est moins importante qu'on le pourrait croire (13 cas sur 60, d'après Sears). Il faut attacher plus de valeur à l'état moral et physique avant et après l'intervention chirurgicale ; 34 sur 74 malades étaient avant l'opération bizarres, extravagants, nerveux. Toutefois ces anomalies, même jointes à l'hérédité sont souvent impuissantes à détruire l'équilibre mental. D'ailleurs le trouble mental qui suit une première opération ne se reproduit pas forcément après une seconde. Mais Le Dentu a, d'autre part, rapporté l'histoire d'une femme qui, ayant eu d'abord un accès de manie puerpérale, fut encore frappée de folie après une intervention du chirurgien.

La manie puerpérale, celle qui est liée aux anesthésiques, offrent ces allures capricieuses.

L'alcoolisme agit comme une véritable névrose pour faire naître une attaque de folie ordinaire. Cet élément étiologique exis-

©BIUM

tait chez treize aliénés de Sears. Chez deux, le vice appartenait à la famille ; il était acquis chez onze.

Il faut encore mentionner dans cette étiologie le trouble émotionnel. Une malade devient aliénée après l'introduction d'un spéculum. Deux malades de Billroth sont atteintes à la suite d'une rhinoplastie ; la mélancolie qu'elles présentent étant causée par le chagrin de se voir défigurées.

Le saturnisme chronique peut être une cause prédisposante (Vêne). Régis admet que le choc traumatique peut provoquer un accès de manie chez les saturnins, comme il provoque une attaque de délirium tremens chez les alcooliques.

L'insuffisance rénale crée de fâcheuses conditions qui semblent s'aggraver par l'emploi des anesthésiques (Wilson). Aussi convient-il d'examiner l'urine du malade avant d'opérer, surtout si l'opération doit porter sur le système génito-urinaire.

La nature de la lésion chirurgicale détermine le trouble mental, qui naît plus aisément lorsqu'un tissu riche en filets sensitifs et sympathiques est intéressé. L'ablation d'un organe sécréteur ou sensoriel (ovaire, thyroïde, œil) favorise l'éclosion de la folie post-opératoire.

Il faut voir une autre cause prédisposante dans l'absorption des antiseptiques, notamment l'acide phénique et l'iodoforme. Le premier donne rarement lieu à des accidents vésaniques. D'ailleurs, les troubles nerveux de l'intoxication carbolique n'ont rien de commun avec la folie post-opératoire. Il n'en est pas de même du second. Saveur spéciale à la bouche, coryza, langueur, céphalée, délire tranquille, tels sont les symptômes habituels de la folie quand elle est liée à l'iodoforme. Parfois le délire est plus aigu. L'accumulation du poison détermine de la dépression mentale. D'après Clouston, l'incohérence extrême est typique.

Parmi les autres éléments étiologiques, il faut noter encore l'hémorragie, la diathèse goutteuse, l'athérome, vices constitutionnels qui engendrent la malnutrition. Enfin, certains états morbides demeurent latents jusqu'à ce qu'un accident, une opération, un excès alcoolique, produisent une perturbation inattendue. Un homme présente une fracture comminutive du crâne compliquée d'aphasie. Il est sur le point de guérir lorsqu'il s'alcoolise et il est frappé de pneumonie avec un retour de l'aphasie.

Des remarques sur le début, la durée et la terminaison de la folie post-opératoire terminent ce travail. Le début est tantôt

©BIUM

insidieux, tantôt brusque. Sur les 68 cas de Le Dentu et Vène, il a eu lieu du second au cinquième jour. Sur 20 opérés de Denis, deux ont déliré immédiatement après l'opération, et sur 7 cas, Dupuytren a vu une seule fois l'explosion soudaine. D'autre part, trois malades d'Eillebrown n'ont été aliénés que trois ou quatre mois plus tard. Werts rapporte six cas où le trouble mental s'est montré après la guérison, deux autres trois semaines après la même opération. Chez les opérés de l'auteur, au nombre de 20, l'époque moyenne du début a été le 11e jour. Comme chez les puerpérales et les post-fébricitants on a remarqué dans la majorité des cas que la forme de la folie a été la confusion mentale aiguë avec les débuts précoces, la démence et la mélancolie avec les invasions tardives. Sur 86 cas réunis par Sears, 50 ont débuté dans les trois premiers jours, 15 entre le 4e et le 7e, 14 entre le 8e et le 14e, 4 entre le 15e et le 28e, et 3 dans le second mois. La folie peut apparaître après la guérison de la blessure. Si l'on devait admettre l'action des anesthésiques, il semble que le trouble mental dût suivre immédiatement le réveil ; mais les observations de Savage nous font connaître des cas de manie chloroformique qui se sont produits plusieurs jours après l'opération. La durée et la terminaison ne varient pas moins. Des 68 malades de Vène, 5 étaient incurables, 13 ont duré de 1 à 2 mois, 33 moins d'un mois, 6 un temps inconnu ; 11 se sont terminés fatalement. Sears a noté que sur 91 opérés, 54 ont guéri, 21 sont morts, 16 sont restés aliénés. La moyenne des guérisons serait d'après Krafft-Ebing, de 70 p. 100. Sur 15 cas appartenant à M. Simpson, on note une durée de 11 jours pour 10, de 2 mois pour 2, de 8 mois pour 1 ; les deux derniers sont chroniques.

L'âge exerce une influence moins grande que le sexe. Le sexe, ou plutôt la nature de l'opération, paraît avoir une action réelle sur les guérisons. Sur 25 hommes, 22 guérissent, 2 meurent, 1 reste aliéné ; sur 64 femmes, 22 guérissent, 17 meurent 15 demeurent à l'asile (Sears). Les types aigus à invasion prématurée offrent une proportion plus grande de succès. L'aliénation mentale ne disparaît pas toujours après la guérison de la blessure.

L'auteur résume enfin 26 cas tirés de sa pratique. Ils comprennent 17 maniaques, 9 femmes et 8 hommes, d'un âge moyen de quarante-sept ans. Deux ont débuté après la deuxième semaine. Les neuf autres aliénés se séparent en deux groupes. Le premier comprend 4 mélancoliques, 1 paralysé général à forme

©BIUM

dépressive; le second groupe est formé par 4 déments. Les malades du premier groupe (trois hommes et deux femmes) ont un âge moyen de quarante et un ans. Chez eux le début a eu lieu dans les deux mois qui ont suivi l'opération. L'âge moyen des déments était soixante-sept ans ; il y avait deux déments de chaque sexe.

IX. — *Un cas de mélancolie avec lipome paraissant tendre vers la démence. Opération et guérison* ; par M. Frédérick P. Heurder (numéro de janvier). — Homme de soixante-sept ans, ouvrier laborieux et sobre, exposé par sa profession aux intempéries. Depuis vingt ans, porte une tumeur lipomateuse appendue à la face postérieure du bras droit. Ce lipome a 12 pouces de long sur 6 de large, son pédicule a 7 pouces de longueur. Devenu douloureux, il a fait naître chez le malade des inquiétudes incessantes. Puis ont apparu des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Enfin cet homme est devenu irritable, violent et désordonné ; il s'est montré nu dans les rues.

A son entrée à l'asile, il offre l'aspect de la démence; l'expression est stupide, la mémoire n'existe pas, son langage est incohérent. Il se plaint de la tête, accuse des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; ses réflexes sont normaux. Dans la suite, la tumeur s'ulcère et des abcès se forment dans sa masse ; le malade tombe enfin dans le marasme.

C'est alors que l'ablation du lipome a été pratiquée avec l'aide du chloroforme. L'opération a été suivie d'un accès d'agitation très court qu'on a combattu avec des suppositoires de trional et de morphine. C'est d'ailleurs le seul incident à noter dans ce cas clinique. La réparation de la blessure s'est faite rapidement et le trouble mental s'est en même temps amélioré. La guérison était définitive trois mois après l'intervention chirurgicale.

Dr Pons.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Sulla dignità morfologica dei segni detti « degenerativi » (Valeur morphologique des signes dits « de dégénérescence ») ; par le Dr Giuffrida-Ruggeri. Extrait des *Atti della Società Romana di Antropologia*. Vol. IV, fasc. 2 et 3, 1896-1897.

Ce long travail de 96 pages, précédé d'une préface de Mingazzini et accompagné de tableaux synoptiques et de figures, mériterait une traduction complète, et l'analyse n'en peut donner qu'une faible idée. Divisant son œuvre en trois parties, l'auteur a fait dans la première un exposé remarquable de l'historique et de l'état actuel de la question. Il a passé en revue tous les travaux inspirés par l'observation clinique de la coïncidence des anomalies somatiques avec les anomalies psychiques, chez les aliénés par Morel, chez les délinquants, les prostituées et les hommes de génie par Lombroso. Il a étudié toutes les théories qui ont découlé de ces faits, depuis celles des premiers observateurs jusqu'aux conceptions synthétiques de Sergi et de Féré, et sociologiques de Jacoby, Tarde, Ferri et Dallemagne, pour arriver à la définition moderne de la dégénérescence, qui serait *un état morbide né du déséquilibre inhérent à un excès d'évolution et se manifestant chez les descendants comme diminution dans l'énergie évolutive.*

Dans la deuxième partie, chacune des tares somatiques est minutieusement examinée dans des paragraphes distincts, depuis les anomalies craniennes jusqu'à celles des lignes de la main ; et dans la troisième, l'auteur expose les résultats de ses propres recherches. Il a cherché à résoudre trois questions :

1° Quelles sont les anomalies physiques qui prédominent chez l'homme, quelles sont celles qui prédominent chez la femme, indépendamment du trouble psychique présenté par les sujets ?

2° Quelles sont les anomalies prédominantes, suivant le sexe et l'état mental des sujets ?

3° Quels sont enfin les stigmates que l'on rencontre dans les formes graves de dégénérescence psychique, quels sont

©BIUM

ceux que l'on trouve dans les formes légères, indépendamment du sexe?

C'est à l'aide de la statistique et de chiffres recueillis sur 404 sujets (233 hommes et 171 femmes) que l'auteur va répondre à ces trois questions :

1° Les stigmates qu'on rencontre plus fréquemment chez l'homme sont la plagiocéphalie et les autres anomalies du crâne, le front fuyant, la tendance des sourcils à se réunir, les malformations d'ensemble des oreilles (implantation vicieuse, écartement, grandeur excessive), le bichromatisme de l'iris, les déformations pupillaires, les lèvres épaisses et saillantes; ceux qu'on relève de préférence chez la femme sont l'asymétrie faciale, le front bombé, la saillie des zygomatiques, le tubercule de Darwin, les anomalies de l'hélix et de l'anthélix, les malformations oculaires, dentaires, buccales, le menton fuyant et le développement anormal du système pileux.

2° Les *hommes phrénasthéniques* ont de préférence le front bombé, l'exagération des rides frontales, la tendance à la réunion des sourcils, l'inégalité des oreilles, leur implantation vicieuse; chez les *femmes phrénasthéniques*, on rencontre surtout l'écartement exagéré des globes oculaires, le prognathisme, le faible développement des fesses et des mollets, l'hypertrichosis, la tendance des sourcils à se réunir; chez les *épileptiques hommes*, c'est la plagiocéphalie, l'asymétrie faciale, les oreilles écartées du crâne, le prognathisme qui dominent; chez les *épileptiques femmes*, c'est la plagiocéphalie, la saillie du front, l'asymétrie faciale, l'écartement des dents, les seins bas ou rudimentaires. Chez les *dégénérés psychiques* hommes, enfin, on trouve surtout la déviation du nez, la saillie des joues, l'imbrication des dents, la gynécomastie; chez les *femmes de cette catégorie*, dominent la saillie des joues, l'imbrication des dents, l'ouverture exagérée de la bouche, la saillie de l'anthélix. Chez les *hommes atteints de psychoneuroses* prédominent la saillie des arcades zygomatiques, le tubercule de Darwin, la soudure du lobule, le bichromatisme de l'iris; chez les femmes, la saillie des arcades sourcilières, la soudure du lobule. Chez les *alcooliques*, on voit surtout la saillie des arcades sourcilières et des oreilles démesurées.

3° En réponse à sa troisième question, la plus importante, l'auteur constate que, *dans les formes graves de dégénérescence psychique*, on rencontre surtout la plagiocéphalie, le front saillant et le développement des bosses frontales, l'asymétrie

©BIUM

faciale, la tendance des sourcils à se réunir, les oreilles détachées du crâne ou inégales, le tubercule de Darwin, les lèvres épaisses et saillantes, la bouche très grande, le palais étroit et en ogive, le menton fuyant, le prognathisme, l'écartement et les autres anomalies des dents, le faible développement des éminences thénar et hypothénar, des fesses et des mollets, l'hypertrichosis, l'exagération des rides frontales. *Dans les formes légères de dégénérescence psychique*, on trouve surtout la saillie des arcades zygomatiques, les anomalies de l'hélix, le lobule soudé, le bichromatisme de l'iris, les déformations de la pupille.

L'asymétrie cranienne simple, le front fuyant, la saillie de l'anthélix, les anomalies des yeux, le féminisme et la gynécomastie se rencontreraient aussi souvent dans les formes graves que dans les formes légères.

De là à reconnaître aux stigmates prédominant dans les formes graves la valeur maxima comme indice de dégénérescence, et aux stigmates prédominant dans les formes légères la valeur minima, il n'y a qu'un pas, que l'auteur franchit aisément et d'autant mieux qu'il constate que les signes prédominant dans les formes graves sont précisément ceux que l'anthropologie appelle les *caractères pithécoïdes*. La statistique et la morphologie comparée viennent ici se donner la main.

On peut donc affirmer que : 1° les signes dits pithécoïdes prédominent dans le tableau symptomatique des formes graves de dégénérescence psychique ; 2° que les asymétries, quoiqu'elles constituent pour ainsi dire la couleur locale de l'épilepsie, n'ont, abstraction faite de cette dernière, qu'une médiocre valeur comme stigmate de dégénérescence ; 3° enfin, on peut dire, avec Näcke, que les défauts esthétiques, simples troubles de nutrition, ont la moindre valeur séméiologique. L'atavisme prévaut dans les formes graves de dégénérescence psychique, l'atypie dans les formes légères.

Enfin, quand on constate que, dans les formes graves de dégénérescence psychique, les signes physiques sont très nombreux et qu'il y en a moins dans les formes légères, comme le voulait Féré, on peut assurer que, s'il est vrai de dire que la valeur séméiologique des stigmates physiques est mise en lumière par le trouble psychique concomitant, réciproquement, l'état psychique peut être jusqu'à un certain point diagnostiqué par la qualité et la quantité des stigmates physiques.

TH. TATY.

©BIUM

Sul tipo progeneo nei sani di mente, negli alienati e nei criminali (Le type progénien chez les gens sains d'esprit, chez les aliénés et chez les criminels) ; par le Dr G. Peli (de Bologne). Extrait de l'*Archivio di Psichiatria, Scienze penale ed Antropologia criminale*. Vol. XIX, fasc. 1 et 2, 1897.

L'école italienne aime à s'occuper des malformations physiques ; l'auteur de ce court, mais très bon travail, n'a visé que l'une d'entre elles, une des plus intéressantes certainement, le chevauchement des dents inférieures, ou la disposition des deux mâchoires sur le même plan vertical, malformation qui est la contre-partie de la disposition normale, dans laquelle les incisives et les canines supérieures chevauchent sur les dents correspondantes de la mâchoire inférieure. On sait que Camuset a attribué cette malformation à l'ouverture de l'angle de la symphyse, qui dans notre espèce semble être en voie d'évolution dans le sens de la fermeture, puisqu'il est de 72 degrés chez le Parisien moderne, de 74 degrés chez l'homme préhistorique de la Lozère, de 82 degrés chez le noir d'Afrique et de plus de 90 degrés chez le chimpanzé.

Le type progénien se rencontre à l'état normal, mais, d'après les recherches les plus minutieuses, dans la faible proportion de 1 à 3 p. 100. Chez les aliénés, au contraire, il est plus commun. Les proportions varient, suivant les auteurs, entre 2 et 47 p. 100. Chez les criminels, la recherche n'a été faite que par Salsotto, Baer, Naecke et Giuffrida-Ruggeri. La proportion, pour le premier de ces auteurs, serait de 2 p. 100; pour le dernier, de 43,75 p. 100.

L'auteur a observé à ce point de vue 1.000 individus : 200 individus sains d'esprit, dont 100 hommes et 100 femmes, 400 aliénés du manicome de Bologne, 200 de chaque sexe, et enfin 400 délinquants des deux sexes, ainsi répartis : 100 condamnés hommes détenus à Montelupo, 100 autres internés à la maison de force de la Giudecca en Vénétie, et 200 femmes condamnées qui subissent leur peine à la même station. Tous ces individus avaient de trente-trois à quarante-deux ans, et des dents suffisamment conservées.

Il résulte de ces observations qu'on trouve chez les *hommes sains* le type progénien deux fois sur cent ; chez les *femmes saines*, une fois sur cent.

Chez les *aliénés hommes*, la proportion s'élève à 28 p. 100 ; chez les aliénées, à 15,50 p. 100.

©BIUM

C'est chez les maniaques hommes et chez les idiotes femmes qu'elle est la plus élevée (respectivement 36,21 et 37,50 p. 100), et chez les paralytiques hommes et les mélancoliques femmes qu'elle est la plus faible (11,11 et 8,89 p. 100). Chez les *aliénés criminels*, que l'auteur a écartés avec intention pour la recherche des résultats précédents, la proportion s'élève à 31 p. 100, et, si l'on ne considère que les aliénés homicides, on rencontre le chiffre de 32,87 p. 100.

Chez les *criminels non aliénés*, la proportion s'élève à 41,50 p. 100, pour les homicides, et 11,76 pour les voleurs. Chez les femmes criminelles, on trouve pour les homicides ou infanticides le chiffre de 30,43 p. 100, et celui de 15,39 pour les voleuses.

Au point de vue de l'indice céphalique, il semble à l'auteur que les progéniens ont une tendance à être plus brachycéphales que les non-progéniens.

La constatation du type progénien, qui fait des voleurs et surtout des assassins un groupe qui se rapproche plus du type animal ou anthropoïde que du type humain, est, dit l'auteur, une de ces données positives qui, selon Féré, devront dans des temps rapprochés servir à l'application de la justice pénale, ou plutôt de la justice défensive, pour la classification des divers délinquants.

TH. TATY.

Les états neurasthéniques ; par Gilles de la Tourette, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16, cartonné. Paris, J.-B. Baillière, 1898.

Dans ce petit volume, l'auteur étudie successivement : 1° la neurasthénie vraie ; 2° la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle ; 3° l'association hystéro-neurasthénique. Il termine par des considérations sur le traitement médical et moral de ces différents états névropathiques.

La neurasthénie vraie se rencontre surtout dans la classe aisée, chez les gens qui travaillent plus de l'esprit que du corps ; elle se révèle par un certain nombre de stigmates bien étudiés par Charcot. Ces stigmates sont d'ordre psychique et d'ordre physique, beaucoup plus souvent subjectifs qu'objectifs, ce qui rend leur interprétation difficile. Ils se groupent de différentes manières pour donner aux syndromes des physionomies variées.

©BIUM

Suivant que les troubles cérébraux ou médullaires prédominent, on a affaire aux *cérébrasthéniques* ou aux *myélasthéniques*. Quels que soient les symptômes prédominants, la maladie est, au fond, essentiellement d'origine psychique ; elle a pour cause le surmenage ; elle guérit par le repos. Le système nerveux est une pile épuisée qu'il faut recharger.

Bien différente est la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle, qui est spéciale à une catégorie de *dégénérés*. Celle-ci se développe sans cause, est chronique d'emblée, et ne guérit jamais, c'est une véritable maladie mentale.

L'auteur insiste sur le diagnostic des états neurasthéniques. Il importe de ne pas les confondre entre eux d'abord, car le pronostic est fort différent suivant qu'on a affaire à la neurasthénie vraie ou à la neurasthénie constitutionnelle. Cette dernière peut être confondue avec certaines psychoses mélancoliques, ce qu'il importe d'éviter. Enfin, la neurasthénie peut être confondue avec la période prodromique de la paralysie générale dans de certains cas ; erreur extrêmement fâcheuse qu'il importe d'éviter.

A. CULLERRE.

Fourteenth annual report of the Committee on Lunacy to the board of public charities of the Commonwealth of Pennsylvania for the year ending september 30, 1896 (Quatorzième rapport annuel du Comité pour l'aliénation mentale au bureau de la charité publique de la République de Pensylvanie pour l'année finissant le 30 septembre 1896). Broch., in-8°, 1897.

Ce rapport extrêmement complet se compose de considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés, de l'étude de nombreux projets concernant les améliorations nécessaires, de notices sur l'administration de tous les établissements de l'Etat, de nombreux tableaux statistiques et même de mémoires exclusivement scientifiques sur certains points de la pathologie mentale.

Le Comité insiste avec énergie sur la nécessité d'accroître les moyens d'assistance pour les aliénés. Les hôpitaux d'État sont encombrés à un point qu'on ne saurait dire : en treize ans, leur population est passée de 5.374 à 9.473 habitants ; il y a si peu de place qu'en certains de ces établissements on ne reçoit que les cas aigus et que les incurables et les chroniques

©BIUM

frappent vainement à la porte, ce qui est à la fois injuste, dangereux et illégal. Le comité préconise le système adopté depuis quelques années dans l'État de Wisconsin et qui consiste dans l'érection de petits asiles de comté économiquement bâtis et administrés. Un membre qui les a visités et qui a consigné dans un rapport spécial ses impressions, fait du « système de Wisconsin » le plus chaleureux éloge.

Le comité insiste beaucoup sur l'urgence de l'érection d'un hôpital de cent lits pour épileptiques, et enfin, sur la nécessité de créer un établissement spécial consacré au traitement homéopathique. Les raisons qu'il en donne sont de nature à satisfaire tous les amis de la liberté, mais elles n'ont rien de scientifique : « Un septième environ de la population de la Pensylvanie préfère l'homéopathie à l'allopathie; les aliénés de cette catégorie sont obligés de subir, dans les hôpitaux d'Etat actuels, les traitements de la *vieille école*; ce n'est pas plus juste que de forcer les adeptes d'une confession religieuse à suivre un culte dissident. » Va pour la liberté des cultes, et la *foi homéopathique* a bien droit à quelques égards dans un pays où elle est si répandue. Pourtant ce sont de ces choses qui nous étonnent toujours et qui nous déroutent un peu, nous autres habitants du vieux monde, et nous ne nous imaginons pas facilement un député déposant sur le bureau de la Chambre un projet de loi pour la création d'un « asile national homéopathique d'*aliénés* », comme le projet proposé par le comité de l'aliénation mentale de Pensylvanie à la législature de cet Etat.

A. Cullerre.

The mental affections of children, idiocy, imbecility and insanity (Les affections mentales des enfants, idiotie, imbécillité et folie); par William W. Ireland. 1 vol. in-8°. Londres et Edimbourg, 1898.

Ce livre est divisé en vingt-deux chapitres, dont six sont consacrés aux généralités, douze à la description de diverses formes d'idiotie admises par l'auteur, un seul à l'étude de la folie chez les enfants, un à l'examen des meilleures méthodes d'éducation des idiots et des imbéciles, et le reste à des questions se rattachant plus ou moins au sujet de l'ouvrage.

La classification de l'idiotie que propose M. Ireland intéressera peut-être le lecteur. La voici :

©BIUM

Idiotie congénitale.
— microcéphalique.
— hydrocéphalique.
— éclamptique.
— épileptique.
— paralytique.
— traumatique.
— inflammatoire.
— scléreuse.
— syphilitique.
— crétineuse.
— par privation d'un ou de plusieurs sens.

M. Ireland déclare avoir voulu donner à sa classification une base anatomo-pathologique, ce qui paraît d'ailleurs absolument logique. Peut-être a-t-il cependant multiplié inutilement les divisions. Qu'est-ce, par exemple, que l'idiotie éclamptique, et à quelles lésions correspond-elle? L'idiotie qui est consécutive aux convulsions est la conséquence des lésions dont les convulsions elles-mêmes étaient le premier symptôme ; elle se confondra donc avec l'idiotie paralytique, qui elle-même pourra se confondre avec l'idiotie inflammatoire.

Il en est de même de l'idiotie épileptique. L'épilepsie essentielle n'est pas une maladie de l'enfance. Les crises épileptiques de l'enfant sont toujours symptomatiques d'une lésion dont l'idiotie concomitante sera elle-même la conséquence ; il ne semble donc pas légitime de distinguer anatomiquement tout au moins une idiotie épileptique.

Mais trêve de critiques. L'étude de l'idiotie n'est pas tellement avancée qu'il y ait lieu de trop chicaner un auteur sur la méthode de travail qu'il a adoptée et qu'il a crue favorable à l'exposition de ses idées. L'essentiel est qu'il nous apporte un livre utile ; et bien que le livre de M. Ireland eût pu, sur certains points, être plus complet, bien que nous eussions désiré qu'il s'inspirât davantage des travaux français et qu'il utilisât plus complètement la masse imposante de documents qui depuis bientôt vingt ans est sortie de Bicêtre, nous ne pouvons que le féliciter de son effort et recommander la lecture de son ouvrage.

A. Cullerre.

©BIUM

Report of the committee of the American neurological Association on the after-care of the insane (Rapport du Comité de l'Association neurologique américaine sur le patronage des aliénés guéris). Extrait de *The Journal of nervous and mental diseases.* Novembre 1897.

Sur la motion du Dr Dana, l'Association neurologique américaine nomma en 1894 un comité composé de trois membres, les Drs Henri-R. Stedman, de Boston, Chas.-L. Dana, de New-York et F.-X. Dercum, de Philadelphie, pour étudier la question du patronage des aliénés convalescents et guéris à leur sortie de l'asile. Ce comité fit une enquête auprès des principaux aliénistes et neurologistes des Etats de Massachusetts, de New-York et de Pensylvanie, et des réponses qui lui furent faites il tira les conclusions suivantes :

1° C'est une opinion presque unanime qu'il y a lieu de prendre des mesures pour organiser un mode privé d'assistance temporaire pour les aliénés convalescents, guéris ou améliorés à leur sortie des établissements ;

2° Il conviendrait de la part du personnel médical de s'enquérir auprès de chaque malade sortant du milieu où il va retourner, de ses occupations probables et de ses moyens d'existence ;

3° La mesure d'un subside de sortie en argent et en vêtements devrait être généralisée à tous les établissements ;

4° Des sociétés de patronage privées, alimentées par des dons exclusivement volontaires, au moins jusqu'à ce qu'elles aient prouvé leur utilité, devraient être organisées, principalement dans les grandes villes, où elles ont plus de chances de prospérer ;

5° Les modes spéciaux de patronage ne seraient autres que ceux qui sont déjà organisés en Angleterre, en France et en Suisse. Ils pourraient être modifiés ultérieurement, conformément à l'expérience acquise ;

6° Les médecins des établissements d'aliénés devraient se mettre à la tête du mouvement et faire une propagande convenable auprès de tous les amis des aliénés. Ils seraient aidés dans cette tâche par l'Association, dont le comité rédigerait une brochure appropriée au but poursuivi et destinée à être distribuée à quiconque s'intéresse aux victimes de la folie ;

7° En ce qui concerne les maisons de convalescence d'Etat on ne saurait nier leurs avantages ; mais avant d'en venir là, il

©BIUM

conviendrait d'organiser séparément l'assistance immédiate des cas récents d'aliénation, ce qui n'existe pas actuellement. Ce n'est qu'après que ce résultat sera atteint que les pouvoirs publics pourront songer à assumer la charge nouvelle qui résulterait d'établissements séparés pour les aliénés convalescents.

A. CULLERRE.

James Braid, surgeon and hypnotist (James Braid, chirurgien et hypnotiseur) ; par le Dr J. Milne Bramwell. Extrait du *Brain*, 1896.

Ce mémoire est en même temps une notice sur la vie de Braid et une apologie de ses travaux. L'auteur, avec raison, nous montre en lui un véritable précurseur. On trouve dans ses nombreux écrits, soit développées, soit au moins en germe, toutes les idées qui de nos jours ont servi à édifier la théorie de l'hypnotisme et de la suggestion. Et à ce propos, M. Milne Bramwell montre combien Braid a été peu lu et peu compris des auteurs contemporains qui ont écrit sur l'hypnotisme. Il reproche à M. Bernheim d'attribuer à M. Liébault la découverte de la suggestion, et de prétendre que Braid en faisait usage sans la connaître, alors que ce phénomène est décrit et interprété tout au long dans les ouvrages du chirurgien de Manchester. L'auteur termine en promettant un second article dans lequel il montrera « que la connaissance plus intime des recherches de Braid eût épargné de nombreuses erreurs aussi bien à l'école de la Salpêtrière qu'à celle de Nancy ».

A. CULLERRE.

On imperative ideas (Sur les idées obsédantes) ; par le Dr J. Milne Bramwell. Extrait du *Brain*, 1895.

Cet article reproduit la communication faite par l'auteur à la Société neurologique de Londres, à propos de la discussion du mémoire du Dr Hack Tuke sur les *Idées obsédantes*.

Après avoir passé en revue la plupart des auteurs qui ont étudié la question des obsessions ou publié des cas intéressants de cette forme de trouble mental, M. Bramwell s'attache à démontrer que le seul traitement efficace des idées obsédantes, quelle qu'en soit la nature, consiste dans la suggestion hypnotique, et il présente des observations personnelles où la guéri-

©BIUM

son a été obtenue par ce procédé. Les principales idées morbides ainsi combattues étaient les suivantes : incontinence urinaire d'origine psychique, crainte d'avoir un cancer, crainte de devenir fou, éreuthophobie, folie du doute et du toucher, agoraphobie, etc. En terminant, il insiste sur la bénignité du traitement hypnotique, qui est absolument inoffensif et n'en est pas pour cela moins efficace. L'origine dégénérative des idées obsédantes est-elle certaine ? L'auteur en terminant pose la question sans la résoudre, tout en faisant sentir qu'il penche pour la négative.

A. CULLERRE.

Medical expert testimony in the Kelley murder trial (L'expertise médico-légale dans le procès de l'assassin Kelley) ; par Walter Channing. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, 1898.

L'auteur donne dans cette brochure le récit, au point de vue médico-légal, d'une affaire criminelle des plus intéressantes. Kelley, un individu de vingt-deux ans, atteint de folie morale, à antécédents extrêmement suggestifs (traumatisme cranien dans l'enfance suivi d'attaques épileptiformes, de crises somnambuliques et d'impulsions instinctives multiples se traduisant par des vols répétés, des excentricités, des agressions sans motif à coups de revolver, une instabilité continuelle), avait tué le caissier d'une banque, avec une férocité inouïe, et s'était emparé des valeurs et des sommes qu'il avait pu emporter. Arrêté quelques jours après dans une maison mal famée de Montréal (Canada), il fit preuve pendant le procès d'une inconscience absolue et essaya même de simuler un délire démono-religieux. Les six experts, trois pour la défense et trois pour l'accusation, s'accordèrent — chose assez nouvelle — pour le déclarer atteint d'arrêt de développement cérébral consécutif au traumatisme subi dans l'enfance et ne lui accorder qu'une responsabilité limitée. Kelley fut condamné à trente ans de détention.

A. CULLERRE.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1899 ; par le Dr Lallemant. 19 pages in-8°. Rouen, 1900.

— Un sogno mistico ; par le Dr C. E. Mariani. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di neuropatologia e psichiatria*, s. d.

— Contribution à l'étude de l'état et du développement des cellules nerveuses de l'écorce cerébrale chez quelques vertébrés nouveau-nés ; par le Dr Serge Soukhanoff. 4 pages in-8°. Paris, s. d.

— Die mikroskopischen Veränderungen an menschlichen Kopfhaar unter dem Einfluss nervöser Erregungen (Des changements microscopiques de la chevelure sous l'influence d'excitations nerveuses) ; par le Dr J. Pohl, de Berlin. 5 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für Angewandte Mikroscopie*, 1899.

— Bemerkungen über die Haare der Negritos auf den Philippinen (Remarques sur les cheveux des Négritos des Philippines) ; par le Dr Pohl, de Berlin. 2 pages in-8°. Extrait de l'*Anatomischen Anzeiger*, 1900.

— Asile d'aliénés de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1899 ; par les Drs Giraud, Trinel et Hamel. 24 pages in-8°. Rouen, 1900.

— Fortieth annual Report of the medical superintendant of the Matteawan state Hospital, for the year ending september 30, 1899 (Quarantième rapport annuel du médecin en chef de l'hôpital d'Etat de Matteawan, pour l'année finissant le 30 septembre 1899). 56 pages in-8°. Auburn, 1900.

— Ueber die Aufgaben der ärztlichen Sachverständigen bei der Beurtheilung Imbeciller (Des problèmes des connaissances médicales pour l'appréciation des imbéciles) ; par le Dr Buchholz. 58 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für Psychiatrie*. T. LVII.

— Die Katatomie ; par le professeur Tschisch. 50 pages in-8°. Extrait du *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1899.

— De l'influence de l'intoxication arsenicale sur les cellules nerveuses ; par le Dr Serge Soukhanoff. 17 pages in-8° avec planches. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1898.

— Forty-fifth annual Report of the Board of trustees and officiers of the Cleveland state Hospital to the Governor of the State of Ohio for the fiscal year ending November 15, 1899

©BIUM

(Quarante-cinquième rapport annuel du Comité des administrateurs de l'hôpital d'État de Cleveland au gouverneur de l'Etat d'Ohio, pour l'année fiscale finissant le 15 novembre 1899). 66 pages in-8° avec planches. Columbus. Ohio. 1900.

— Canitie précoce et longévité héréditaires ; — Faim-valle et migraine, etc. — Communications faites à la Société de biologie et à la Société médicale des hôpitaux ; par le Dr Ch. Féré. 18 pages in-8°. Paris, 1900.

— Bericht über die städtische Krankenanstalt zu Königsberg in Ostpr. für das Jahr vom 1er April 1898 bis 1er April 1899 ; par le professeur Meschede. 16 pages in-8°. Kônigsberg, 1899.

— Le service des aliénés en Hongrie pendant l'année 1899. Publié par le ministère royal hongrois de l'intérieur. 127 pages in-4° avec planches. Budapest, 1900.

— Ueber die Anlage zur Mathematik (De l'aptitude aux mathématiques), par le Dr P.-J. Möbius. 1 vol. in-8° de 351 pages avec 51 portraits. Leipzig, Johan Ambrosius Barth, 1900.

— Du sérum artificiel en psychiatrie ; par le Dr G. Jacquin. 25 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1900.

— Treatment by hypnotism and suggestion, or psychotherapeutics (Traitement par l'hypnotisme et la suggestion, ou psycho-thérapie) ; par le Dr Lloyd Tuckey, 4e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 376 pages. Cart. à l'angl. Londres. Baillière, Tindall and Cox, 1900.

— Médecine légale des aliénés, par le professeur A. von Krafft-Ebing. Traduit franç. par le Dr A. Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Toulouse. 1er fascicule. Partie criminelle, 1 vol. in-8° de 544 pages. Paris. O. Doin.

— Contribution à l'étude des dégénérescences secondaires dans la moelle épinière ; par le Dr Serge Soukhanoff. 15 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*. Bruxelles, s. d.

— L'orientation ; par le Dr Pierre Bonnier. 1 vol. in-8° de 90 pages de la collection *Scientia*. Paris. Georges Carré et Naud. 1900.

— Un cas de dipsomanie morphinique (morphino-dipsomanie ou morphinomanie vraie) ; par les Drs André Antheaume et Raoul Leroy. 19 p. in-8°. Clermont. s. d.

— Sul centro cortico-cerebrale della sensibilita igrica (Du centre cortico-cérébral de la sensibilité igrique) ; par le Dr Giuseppe Poli 6 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1900.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du* 13 *août* 1900 : Sur la proposition du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le Dr Pierret (Antoine-Auguste), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron. Professeur à la Faculté de médecine de Lyon (Rhône). Trente ans de services.

— *Décret du* 18 *août* 1900 : Sur le rapport du ministre du commerce, de l'industrie, des postes et télégraphes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le Dr Legrain (Paul-Maurice), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, président de l'Union française antialcoolique. Secrétaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Membre des comités de la classe 108. Grand prix.

— *Arrêtés de juillet* 1900 : M. le Dr Maignal, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Toulouse du 8 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de Montdevergues (Vaucluse);

M. le Dr Raviart, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lille du 21 mai 1900), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), en remplacement de M. Berbez, décédé;

M. le Dr Bécue, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Montpellier du 29 mai 1900), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafont-lès-La-Rochelle (Charente-Inférieure);

M. le Dr Brunet, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lille du 21 mai 1900), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse);

M. le Dr Leroy, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le Dr Ligier, sous-directeur de la Maison nationale de Charenton, est nommé directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse);

M. Josserand, directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), en remplacement de M. Gauckler, décédé;

©BIUM

M. le Dr Truelle, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 29 mai 1900), est nommé médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le Dr Lwoff, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

— *Arrêtés d'août* 1900 : M. le Dr Dide, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 29 mai 1900), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen, près Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

M. le Dr Pochon, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 29 mai 1900), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan).

NÉCROLOGIE

Dr Desmaisons. — Il y a quelques années à peine, les hasards de la vie m'amenaient au Castel d'Andorte, et je devenais dans une sphère bien modeste le collaborateur du Dr Desmaisons. Cette période, quoique bien courte, d'une collaboration de tous les instants m'a cependant donné le loisir de connaître et d'apprécier l'homme : ce souvenir a laissé dans mon cœur une empreinte durable et me fait un devoir de rendre un hommage pieux à sa mémoire en essayant de retracer en quelques lignes sa longue carrière, dans ces *Annales* dont il fut le collaborateur et qu'il aimait tant.

Avec Desmaisons, disparaît à jamais une des personnalités des plus connues de la région bordelaise, une des physionomies le plus particulièrement sympathiques, que nous étions accoutumés à voir depuis de si longues années comme figée dans une éternelle jeunesse qui semblait avoir jeté un défi aux ans, pourtant si impitoyables. Hier encore, Desmaisons était au milieu de nous, plein d'énergie et d'espérances ; aussi, la nouvelle de sa mort fut pour nous tous un douloureux étonnement.

Ce n'est pas une chose aisée que de parcourir en quelques lignes une carrière si longue et si noblement remplie. Desmaisons est en effet une personnalité complexe ; mais sa caractéristique dominante est d'avoir été un grand artiste, et nombreux sont les titres qui doivent lui survivre et qui nous font une pieuse obligation d'honorer sa mémoire.

A mesure qu'on avance dans l'existence, on arrive à se pénétrer de plus en plus de cette vérité que ce sont les circonstances qui font les hommes, et certes, nul plus que Desmaisons ne fut une plus vivante justification de cette loi de l'humanité.

Joseph-Guillaume Desmaisons du Pollens était né à Bor-

©BIUM

deaux le 13 février 1813. Il était le petit-fils de l'illustre Dr Guillotin. Sa famille occupait une situation aisée, et l'avenir s'ouvrait riant devant lui. Tout jeune, il fut attiré vers la carrière artistique et il arriva à Paris plein d'une ambition que son amour du travail lui donnait le droit d'envisager noblement. Il acquit un réel talent de peintre dont il reste des traces, et lorsque, tout jeune encore et déjà victime du sort, il fut frappé par l'adversité, c'est vers l'art qu'il se tourna et c'est à l'art qu'il demanda des moyens d'existence. Desmaisons traversa à cette époque une crise difficile; le malheur frappait à sa porte à coups redoublés ; après avoir dessiné et peint de magnifiques planches pour un traité d'anatomie, il vit sombrer en un jour toutes ses espérances artistiques et pécuniaires dans la faillite de l'éditeur.

Si je relate cet épisode, c'est que Desmaisons aimait souvent à rappeler cette période de sa vie dont il n'oublia jamais l'amertume.

Il est certes peu d'hommes pour lesquels la vie s'écoule douce, uniforme et sans obstacles, et nous devons nous demander s'il ne faut pas bénir le sort qui se montra un jour si cruel pour Desmaisons; car l'infortune d'un jour eut sur son avenir une influence décisive et le dirigea vers cette voie de la psychiatrie dont il devait être un distingué représentant.

Desmaisons fit en effet partie de cette brillante école dont sont sortis Georget, Falret, Leuret, Voisin, Foville, Moreau (de Tours), Baillarger, et qui avait pour chef Esquirol. Desmaisons devint l'interne d'Esquirol; mais il fut plus qu'un élève, il fut son ami. Quand on connaissait la grande âme d'Esquirol, c'était un titre de gloire que de se dire son ami.

C'est aux leçons de cet illustre maître que Desmaisons se forma à la pratique des aliénés; dès lors, il se consacra tout entier à l'étude des affections mentales et aux soins des infortunés qui en sont atteints. C'est auprès d'Esquirol qu'il apprit non seulement à connaître les aliénés au point de vue clinique, mais il y puisa cette faculté d'organisation et d'agencement d'un asile d'aliénés qui joue un si grand rôle dans le traitement de la folie et qui devait, quelques années plus tard, l'amener à fonder la maison de santé du Castel d'Andorte. Desmaisons partageait les idées du maître: que les maladies mentales ne se présentent pas sous le même aspect dans toutes les classes de la société, et il jugeait nécessaire de doter son pays d'un asile payant pour les malades aisés. C'est ici surtout qu'il put mettre en pratique cet autre précepte d'Esquirol : « Un asile d'aliénés est un instrument de guérison. »

L'œuvre capitale de Desmaisons fut la fondation de la maison de santé de Castel d'Andorte; l'établissement fut

©BIUM

ouvert aux malades le 23 juillet 1845 et il le dirigea pendant près de cinquante ans.

Desmaisons laisse un certain nombre de travaux qui tous sont marqués au coin d'une originalité et d'une valeur incontestable. C'est surtout vers les recherches historiques que son esprit s'était tourné, et il laisse un grand nombre de documents dont quelques-uns n'ont pas vu le grand jour de la publication pour le plus grand dommage de la science.

De ce nombre est un ouvrage sur la « *Folie en Guyenne sous Henri IV* », dont l'introduction fut publiée en 1872. Nous devons au Dr Desmaisons la découverte d'un traité sur les affections mentales, publié à Bordeaux en 1574 par Pierre Pichot, sous le titre : « *De animorum natura, morbis vitiis, nonis horumque curatione ac medela ratione medica ac philosophica. Auctore Petro Pichoto, Andegoro medico Burdigalensi. Burdigalæ. Ex officina Simonis Millangii Burdigalensium typographi via Jacobea*, 1574. »

Nous devons encore au Dr Desmaisons un volume sur les *Asiles d'aliénés en Espagne,* ouvrage écrit pour répondre à l'appel adressé par le gouvernement espagnol à tous les savants nationaux et étrangers pour la construction d'un *manicomio* modèle destiné à la province de Madrid. Ce travail eut chez nos voisins le plus grand retentissement et valut à son auteur la croix de commandeur d'Isabelle la Catholique.

Nous connaissons encore de Desmaisons des travaux sur la pellagre et un certain nombre de communications faites à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dont il fut le président.

A l'âge de quatre-vingt-trois ans, Desmaisons songea qu'il avait quelques droits à la retraite, et dès lors il abandonna complètement la médecine mentale en même temps qu'il se retirait de la maison de santé. Il était encore plein de vigueur et il reporta alors toute son activité vers l'agriculture, qu'il aimait passionnément. Grand propriétaire dans la région landaise du département, il introduisit sur ses terres les derniers perfectionnements.

La Société d'agriculture de la Gironde lui décerna à diverses reprises ses plus hautes récompenses.

Desmaisons s'est éteint à l'âge de quatre-vingt-huit ans, après avoir joui jusqu'à sa dernière minute d'une merveilleuse santé physique et morale qui faisait la joie et l'admiration de ses amis. Lui-même ne se sentait vieillir qu'en constatant que sa vue était moins bonne et qu'il ne pouvait guère lire sans le secours de verres, comme il le répétait plaisamment.

Le 23 avril au matin, il fut frappé d'une hémorragie cérébrale et il ne survécut que deux jours à cette attaque. Il s'est

©BIUM

éteint doucement, entouré de l'affection de tous les siens jusqu'à ses arrière-petits-enfants. Tous ceux qui ont eu le privilège de vivre près de lui garderont le souvenir d'un homme de bien, doublé d'un savant modeste qui a rendu des services réels à notre spécialité.

Dr Gaston Lalanne,
Médecin directeur de la maison de santé du Castel d'Andorte.

UTILISATION DE LA « FIBRE DE BOIS » POUR LA LITERIE DES GATEUSES.

Lorsqu'en 1889 j'eus l'idée d'employer pour la literie des gâteux la fibre de coco décellulosée, ce fut par suite de circonstances et de considérations dont l'exposé détaillé se trouve dans les *Annales médico-psychologiques* de mars 1890, « Variétés ». Les résultats de cet essai furent tels, et messieurs les congressistes ont pu s'en convaincre par eux-mêmes en 1894, que plusieurs asiles, dont un à Paris, adoptèrent pour leurs malades ce nouveau mode de couchage, et que celui de Clermont-Ferrand en fit une ample provision. Bien lui en prit, car l'usine Forilhon, qui nous fournissait la précieuse fibre, changea bientôt d'industrie. Depuis cette époque, qui remonte à plusieurs années, j'ai reçu des demandes de renseignements de plusieurs directeurs, je n'ai t[illegible]su que leur répondre ; il y a bien, je crois, à Paris ou au Havre, des dépôts de fibre, mais elle est d'un prix élevé. Reste à savoir même si, non décellulosée, elle serait aussi apte à la literie que sans cellulose ; c'est une expérience comparative que je n'ai pu pratiquer et qui serait préalablement à faire. Quoi qu'il en soit, notre provision s'épuise, bien que j'aie affirmé que la fibre de coco soit indestructible ; mais c'est là évidemment une éternité terrestre, sujette à toutes les vicissitudes de la matière ; l'usure, la fragmentation, la déperdition, les poussières, etc., ont sensiblement appauvri notre provision. Revenir à la paille, après tant d'années de fibre, était trop pénible ; j'ai cherché et... j'ai trouvé... la « fibre de bois ». Tout le monde connaît aujourd'hui cette sorte de charpie rubannée et ligneuse, que fabriquent des raboteuses mécaniques, avec des planches de pin, et qu'on emploie journellement pour l'emballage des objets fragiles : son toucher est souple et moelleux, son aspect agréable, son odeur légèrement balsamique, sa conductibilité restreinte, au contraire de sa perméabilité.

Je m'adressai à une fabrique de ce produit et je m'en fis expédier de quoi garnir un lit, comme si c'eût été de la fibre de coco. Le 1er mai, une malade en prenait possession et s'y trou-

©BIUM

vait bien couchée ; or, voilà donc six semaines que l'expérience dure, et j'ai constaté que ma fibre de bois n'avait subi aucune altération ni déperdition appréciable ; elle est aussi blanche, aussi frisée, aussi rubannée qu'au début. Chaque jour, la partie contaminée par les déjections est enlevée, lavée par un fort jet d'eau et exposée au soleil ; elle peut ainsi resservir. De plus, elle se brasse mieux que le coco, qu'il faut fréquemment carder à la main. Enfin, les religieuses gardiennes m'ont affirmé que l'emploi de cette pseudo-fibre leur paraissait utile et qu'elles n'y trouvaient à formuler aucune objection. Il y en a une, et peut-être plusieurs même à relever : la fibre de bois n'étant qu'une fausse fibre, puisqu'elle est obtenue artificiellement, par des moyens diviseurs, sera nécessairement plus pénétrable aux fluides, et par suite plus altérable, que celle de coco, qui est une vraie, telle que la nature l'a fabriquée, avec ses enveloppes protectrices ; on m'objectera aussi qu'une seule expérience, faite en été, sur un seul lit, et pendant quelques semaines, est trop insuffisante pour en tirer des conclusions ; j'avoue toute la force de cette objection, et si je hâte ma communication, c'est pour vous décider à en essayer et à joindre vos observations à la mienne. Je ferai remarquer aussi que le pin n'a rien de malsain, que ses émanations résineuses sont recommandées aux tuberculeux, qu'on envoie respirer l'air des forêts de conifères, et qu'on pourrait par conséquent faire coucher sur ces lits avec traversin et oreiller de même matière nos catarrheux et nos malheureux phtisiques. Entre nous, je ne compte guère pour les guérir sur l'efficacité des émanations sapinières; mais, en tout cas, je ne pense pas qu'il puisse y avoir là rien de nocif.

Pour ceux qui préféreront s'en tenir à l'usage de la fibre de coco, je leur indiquerai M. Humbert David, représentant de produits coloniaux, 36, rue Chabot-Charpy, à Dijon. Ce négociant, ayant entendu parler de l'emploi de la fibre de coco pour lits de gâteux, m'écrivit, il y a quelques mois, pour me demander des renseignements complémentaires, que je lui transmis ; il me répondit qu'il se proposait d'en faire venir et qu'il la céderait à un prix très abordable.

Restent maintenant à vous exposer : 1° le prix de revient de la fibre de bois ; 2° la manière de s'en procurer ; fibre de bois, 26 fr. 50 les 100 kilos port compris ; nous n'en avons fait venir que 20 kilos, et nous en avons eu pour bien près de deux lits, ce qui mettrait le lit à 2 fr. 60 ; la fibre de coco nous revenait à 3 fr., à cause du volume ; le transport par chemin de fer coûte plus du double que le prix d'achat ; ce prix serait donc très diminué pour les établissements proches d'une fabrique. Ceux qui nous ont fourni sont MM. Rez et Tremblay, forges et scieries de l'Orb, Montpellier (Hérault).

©BIUM

NOTA. — Nous n'avons pas jugé prudent d'utiliser toutes ces fibres, soit de coco, soit de bois, pour les lits d'hommes, attendu que ceux-ci, malgré toute la surveillance, peuvent avoir sur eux des allumettes, des cigarettes ou des pipes mal éteintes, ce qui pourrait avoir les plus graves conséquences.

Telle est la petite communication que je me permets de vous adresser. Dr HOSPITAL.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

42. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du 3 mars 1900) :

Le village de Chenove, près de Dijon, vient d'être mis en émoi par la folie de l'un de ses habitants; par bonheur, la peur a été plus vive que le mal causé n'a été grand, mais on aurait pu avoir à déplorer d'irréparables calamités. Qu'on en juge par le récit des faits.

Un riche propriétaire de l'endroit, le nommé Genez, âgé de quarante ans, donnait depuis quelque temps des signes visibles d'aliénation mentale. Des démarches répétées avaient été faites auprès de l'administration pour qu'elle prît les précautions nécessaires; mais elles n'avaient pu aboutir jusqu'à présent.

Or, avant-hier soir, Genez, armé de tout un arsenal, — il portait deux fusils, deux revolvers et avait passé un coutelas affilé à sa ceinture, — sortit brusquement de sa maison et se mit à parcourir les rues du village en ouvrant une fusillade ininterrompue.

Le malheureux fou avait surtout pris comme but la mairie, qui fut littéralement criblée de projectiles, et la maison de M. Moisenet, qui à elle seule ne reçut pas moins de quinze balles logées dans sa façade.

Terrifiés par cette incessante mousqueterie, les habitants s'étaient barricadés chez eux. Seul par les rues désertes, Genez poursuivit toute la nuit sa bruyante promenade.

Hier matin, il recommença de plus belle, et des vignerons occupés dans les vignes durent se raser par terre, tout comme des highlanders exposés à la fusillade des Boërs, pour éviter la pluie de balles lancées par Genez.

Le maire de Chenove, M. Drouhin, en ce moment fort souffrant de l'influenza, prit le parti de se faire conduire à Dijon, afin d'aviser de cette situation étrange le parquet et la préfecture. Des ordres furent donnés aussitôt, et un maréchal des logis partit pour Chenove à la tête de quelques gendarmes.

Genez s'était décidé à réintégrer son logis. Très froidement le maréchal des logis sonna à la porte et demanda à lui parler,

©BIUM

tandis que les autres gendarmes se dissimulaient le long du mur. Le fou vint ouvrir lui-même, un revolver en main et la ceinture toujours garnie d'un coutelas. En voyant le maréchal des logis, il eut d'abord un mouvement de recul, puis il lui demanda ce qu'il désirait. « Oh! peu de chose! répondit le soldat. Je passais ici, et comme nous nous connaissons depuis longtemps, j'ai pensé que vous vous feriez un plaisir de m'offrir une vieille bouteille. Mais puisque vous ne me connaissez pas, sufficit, au revoir! » et il tendit la main à Genez, qui, sans défiance, la serra.

Mais le brave gendarme, dont la poigne est solide, étreignit fortement la main du fou, qui essaya, mais en vain, de se dégager; en un clin d'œil, les autres gendarmes sautèrent sur lui, le désarmèrent et, après l'avoir étroitement ligotté, le conduisirent à l'asile des aliénés de Lyon.

Le calme revint enfin dans le village. Mais le maire, M. Drouhin, avait ressenti une si forte émotion que son état s'aggrava et, la nuit dernière, il mourait presque subitement.

43. *Tentative de suicide d'un persécuté.* — On lit dans le *Matin* (numéro du 20 avril 1900) :

Des gardiens de la paix de service sur le boulevard Montmartre étaient accostés, hier matin, vers trois heures, par un individu, qui leur dit :

— Je vous prie de me protéger, ils veulent m'assommer.

— Qui ça? demandèrent les agents, en cherchant autour d'eux les farouches criminels.

— Mais eux, parbleu! répondit l'individu, qui était en proie à une très grande surexcitation.

Et il montra le boulevard désert.

Les gardiens calmèrent l'exalté; mais celui-ci marcha jusqu'au banc le plus proche, sortit un couteau de sa poche et s'en porta un coup furieux à la gorge.

Il fut transporté à l'hôpital Lariboisière, où, après avoir reçu des soins, il fut conduit à l'infirmerie du Dépôt.

Ce malheureux, atteint du délire de la persécution, est un nommé Gaston Soulac, âgé de vingt-huit ans, paveur.

44. *Tentatives d'homicide et suicide.* — On écrit de Mâcon au *Journal* (numéro du 28 avril 1900) :

Hier, à midi, le nommé Descombat, âgé de quarante ans, conducteur au Paris-Lyon-Méditerranée, dans un accès de folie, s'est coupé la gorge profondément après avoir blessé sa femme au cou et coupé sa mère aux mains.

La tête de Descombat était presque détachée du tronc.

On espère sauver sa femme.

45. *Horrible drame.* — On mande de Shwarzenburg (canton de Berne) :

©BIUM

Le nommé Christian Binggeli, domicilié à l'Eboumatte, commune de Waleren, a tué, dans un accès de folie, à coups de revolver, sa femme, sa mère, sa belle-sœur et un petit garçon, âgé de quatre ans.

Le meurtrier a pris ensuite la fuite. On suppose qu'il a été se jeter dans la Singine. (Le *Matin*, numéro du mardi 8 mai 1900.)

46. *Suicide d'un persécuté.* — Atteint depuis quelque temps du délire de la persécution, le nommé Jules Mayol, âgé de quarante-sept ans, portefeuilliste, demeurant 3, rue des Rigoles, profita hier, vers trois heures de l'après-midi, de l'absence de ses proches et se porta deux coups de couteau dans la poitrine. La mort a été instantanée. (Le *Figaro*, numéro du samedi 12 mai 1900.)

47. *Suicide.* — M^me^ Sidonie Loysel, âgée d'une cinquantaine d'années, demeurant avenue de Clichy, avait concentré toutes ses affections sur un fort joli caniche noir de petite taille qu'elle avait élevé avec beaucoup de peine et qui, par cela même, lui était plus cher. Avant-hier, le pauvre toutou mourut d'une fluxion de poitrine. Sa maîtresse, inconsolable, résolut de ne pas lui survivre.

Après avoir enveloppé dans une serviette de fine toile le corps de l'animal, elle sortit de chez elle vers cinq heures, traversa Paris et vint s'asseoir sur un banc du quai des Tuileries, où elle attendit le passage d'un train-tramway. Son attente fut de courte durée.

Dès que le tramway fut en vue, elle se leva, tenant toujours dans ses bras le funèbre colis, et se plaça sur le bord du trottoir. Au moment où la machine arrivait à sa hauteur, la malheureuse s'élança sur la voie et fut culbutée, malgré la promptitude avec laquelle le mécanicien serra les freins.

M^me^ Sidonie Loysel fut tuée sur le coup et son corps affreusement mutilé. La tête, arrachée du tronc, roula sur la voie montante; sa poitrine fut broyée et ses mains coupées au ras des poignets.

On ramassa dans un drap ces débris humains, et M. Bureau, commissaire de police, les fit transporter à la Morgue.

Dans une des poches de la robe de cette désespérée, deux lettres ont été trouvées : l'une adressée par M^me^ Loysel à sa fille, l'autre au commissariat de police, dans lesquelles elle annonçait sa décision fatale.

Il paraît que, depuis quelque temps, M^me^ Loysel ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés. (Le *Figaro*, numéro du dimanche 13 mai 1900.)

48. *Déménagement par la fenêtre.* — Un courtier de commerce, Jean Rissouard, âgé de quarante ans, devenu subi-

©BIUM

tement fou, ouvrait, hier, toutes grandes les fenêtres de son logement, rue Villehardouin, au troisième étage, et, après s'être dépouillé de ses vêtements, procéda au déménagement de ses meubles, c'est-à-dire qu'il les lança purement et simplement par la croisée.

Les passants, surpris par ces projectiles d'un nouveau genre, prévinrent des agents.

Il fallut enfoncer la porte pour pénétrer chez l'aliéné, qui opposa aux gardiens de la paix une résistance désespérée.

Il a fallu le ligotter pour le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, n° du samedi 26 mai 1900.)

49. *Tentative de meurtre.* — Un journalier, nommé Henri Parisot, âgé de trente-trois ans, demeurant rue Orfila, vivait maritalement, depuis assez longtemps, avec une femme Marie Raclot, qui se vit dans la nécessité de l'abandonner, Parisot ayant donné à maintes reprises, ces jours derniers, des signes non équivoques de dérangement d'esprit. Elle alla loger, 29, rue des Prairies.

Avant-hier matin, Parisot se présenta chez elle et voulut la contraindre à reprendre la vie commune. Comme elle s'y refusait énergiquement, l'ouvrier entra dans une fureur indicible. Soudain, il sortit un couteau de sa poche et en porta un coup à son ex-maîtresse, qu'il ne blessa que très légèrement. Et il s'en alla avec beaucoup de tranquillité.

Dans la soirée, Parisot rencontra Marie Raclot dans la rue Le Bua, à Charonne. Il lui demanda pardon de sa violence du matin et la pria, pour sceller la réconciliation, d'entrer avec lui dans un débit de vins. Ils n'avaient pas plutôt pris place à une table que l'ouvrier s'arma d'une paire de ciseaux et en frappa la malheureuse au sein gauche. Elle s'affaissa ensanglantée sur le sol. On s'empressa autour d'elle et on la transporta à l'hôpital, où on a considéré son état comme très grave.

Pendant ce temps, le meurtrier s'enfuyait. Il n'a été retrouvé qu'hier matin. Le commissaire de police l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Figaro*, n° du vendredi 2 juin 1899.)

50. *Suicide.* — On écrit de Decize à la *Tribune de la Nièvre* (n° du jeudi 5 juillet 1900) :

« Jeudi dernier 5 août, M. Jean Roch, âgé de soixante-douze ans, jardinier-propriétaire à la Saulaie, commune de Decize, s'est suicidé en se pendant dans une écurie.

« Cet homme ne jouissait plus de toutes ses facultés par suite de l'abus de l'alcool. »

51. *Le crime d'une alcoolique.* — Dans un accès de folie alcoolique, la veuve Desabeie, cultivatrice à Sausson (Seine-Inférieure), a tué, à l'aide d'un instrument contondant, sa belle-

©BIUM

mère âgé de quatre-vingt-cinq ans, rentière au même lieu. La mort a été presque instantannée.

La meurtrière avait la manie de la persécution. Son acte accompli, elle s'est suicidée en se noyant. (Le *Temps*, n° du samedi 14 juillet 1900.)

52. *Tentative de suicide d'un agent de la sûreté.* — Un agent de la sûreté, nommé Petit, du service de M. Cochefert, donnait depuis la mort de son père, survenue il y a deux mois, des signes de dérangement cérébral.

Hier, après avoir sollicité et reçu un secours de 50 francs, il alla s'attabler dans un café de Montmartre et se tira un coup de revolver dans l'oreille gauche. On le releva ensanglanté et on le transporta à son domicile.

On espère que la blessure ne sera pas mortelle. (Le *Temps*, n° du mardi 17 juiliet 1900.)

53. *Quadruple assassinat.* — Dans la soirée du 14 juillet, à Goult-Lunières (Vaucluse), un aliéné persécuté a commis une série de crimes relatés ainsi qu'il suit par le correspondant du *Temps* à Avignon :

« C'est pendant la retraite en musique, à neuf heures du soir, que Jean-Baptiste Allemand, cultivateur, âgée de vingt-sept ans, armé d'un couteau de cuisine, a tué au milieu de la foule M. Hilarion Grégoire, quarante-neuf ans, maire et conseiller d'arrondissement, sa fille, Marie, âgée de vingt-quatre ans, sa femme, née Pauline Bonnaud, âgée de cinquante ans, et M^lle Ripert âgée de trente ans. Il a blessé mortellement une fillette de douze ans, Alexandrine Guion, et moins grièvement M^me Pivet, femme de l'instituteur, M^lle Hortense Roux, M. Camille Auphant et M. François Sylvestre. Puis il s'est lui-même lardé de quatorze coups de couteau et est tombé baignant dans son sang et celui de ses victimes qui inondait le péristyle de la mairie. L'assassin est mort douze heures après cette horrible scène, motivée par le dédain opposé par M^lle Grégoire à ses assiduités.

« Allemand a donc fait dix victimes : cinq morts, en le comptant, et cinq blessés.

« Le couteau de boucher, long de 33 centimètres, dont il s'est servi, avait été dérobé chez son père il y a un an, ce qui prouve la préméditation. D'ailleurs, Allemand avait précédemment menacé de mort le maire, M. Grégoire, si celui-ci lui refusait sa fille, et il avait poursuivi en même temps de ses assiduités une autre jeune fille, Elodie Bonnaud. C'est celle-ci qu'il voulait atteindre quand il a tué M^lle Ripert.

« M^lle Marie Grégoire, très charitable et secourant tous les pauvres du pays, était unanimement estimée ; c'était une belle jeune fille, brune ; elle a reçu un coup de couteau au sein droit,

©BIUM

un autre à la joue et neuf coups dans la région lombaire.

« Sa mère a eu la carotide droite coupée d'un seul coup. Son père, accouru à ses cris, fut frappé deux fois au bas-ventre. M^lle^ Ripert a eu le cœur perforé d'un seul coup.

« Allemand a frappé alors à tort et à travers, blessant ses autres victimes, puis il s'est lardé lui-même et, complètement hors de lui, est revenu sur M^lle^ Marie Grégoire, l'a prise et l'a portée sur les escaliers de la mairie, où il l'a frappée de coups redoublés. Ce misérable, à lui-même ou à ses victimes, avait porté trente-cinq coups de son arme en moins de deux minutes.

« Allemand, avant de succomber, a répondu aux questions du procureur de la République. Il a prétendu qu'il avait voulu se venger de deux filles qui se moquaient de lui... » (Le *Temps*, numéro du mardi 17 juillet 1900.)

54. *Fou furieux.* — Sous ce titre, on lit dans le *Figaro* (numéro du mercredi 18 juillet 1900) le fait divers suivant :

« Un marchand ambulant nommé Abraham Cariat, âgé de quarante-cinq ans, demeurant dans un hôtel meublé de la rue Champollion, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale.

« Vers dix heures, hier soir, il sortit subitement de sa chambre, en brandissant un revolver et un rasoir.

« M. Lacroix, habitant le même hôtel, voulut désarmer le forcené, mais il reçut un coup de rasoir qui lui fit à la main gauche une large blessure.

« Plusieurs autres personnes : MM. Georges Lépine, âgé de vingt ans ; Dancre, imprimeur ; Gaillot, employé de commerce, furent également blessées, en cherchant à désarmer le fou.

« Des agents ont pu enfin arrêter Cariat, qui a été conduit à l'infirmerie du Dépôt.

« Les blessés ont été pansés à l'Hôtel-Dieu, et reconduits ensuite à leur domicile ».

FAITS DIVERS

Vœux des conseils généraux. — Parmi les vœux, si nombreux, votés par les conseils généraux pendant leur session d'août, nous relèverons les suivants :

Le conseil général du Gard demande : « que l'expertise médicale au point de vue mental soit organisée devant la justice militaire » ; et celui de l'Yonne, « que la plus grande initiative soit laissée aux médecins-adjoints des asiles d'aliénés dans les traitements à suivre ».

La question de l'alcoolisme préoccupe aussi nos assemblées départementales. Le conseil général de la Seine-Inférieure a émis le vœu suivant : « En vue de combattre l'alcoolisme qui

©BIUM

fait tant de mal, surtout dans notre département, que les pouvoirs publics prennent certaines mesures en commençant par la diminution et la limitation des débits. » La limitation et la règlementation des débits de boissons est aussi dans les vœux du conseil général de la Côte-d'Or.

Dans le conseil général de la Somme, un des membres, M. Saliès, prenant texte de la suite donnée à un vœu tendant à la règlementation des débits de boissons, insista sur la nécessité de combattre le fléau de l'alcoolisme. Il proposa même à ses collègues de prêcher d'exemple en remplaçant dans leur buvette les boissons alcooliques par les boissons hygiéniques. Ce vœu, paraît-il, ne fut pas du goût des honorables représentants du conseil général ; on trouva même un biais pour le repousser : un membre, M. Potez-Leduc, fit observer que la question n'avait pas eu l'honneur d'avoir été discutée en Commission, et l'on passa à l'ordre du jour, selon la formule traditionnelle. C'est ainsi que MM. les conseillers généraux de la Somme manquèrent une occasion excellente de donner un grand exemple de tempérance à leurs électeurs.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — Le laboratoire de psychologie expérimentale de l'asile de Villejuif vient d'être rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, et M. le Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, son fondateur, en a été nommé directeur.

ENSEIGNEMENT

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr Roubinovitch, médecin-adjoint, commence une série de *démonstrations cliniques de cas intéressants en pathologie nerveuse et mentale*, le mardi 4 septembre, à 10 heures du matin, section Rambuteau, à la Salpêtrière. Il les continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant tout le mois de septembre.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

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

©BIUM

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

Chronique

Le service des aliénés en Hongrie. — Les asiles d'aliénés de Constantinople. — De la typographie comme moyen d'occuper les aliénés. — « Vénus ennemie », par Jacques de Nittis.

L'organisation du service des aliénés en Hongrie est de date relativement récente : le premier asile public ne fut, en effet, inauguré qu'en 1863, à Nagy-Szeben, en Transylvanie ; le second, en 1868, à Budapest-Lipómetzó. Jusque-là, malgré les réclamations des assemblées locales et la bonne volonté des administrateurs, les malheureux aliénés étaient abandonnés sans soins médicaux ; les plus privilégiés d'entre eux — pour mieux dire, ceux qui paraissaient le plus dangereux — trouvaient « un asile dans les cellules des hôpitaux publics ou des maisons de charité ». C'était une exception lorsque la Chancellerie hongroise de la Cour royale de Vienne autorisait l'admission d'un aliéné hongrois dans la maison de santé de Vienne.

Comme il arrive souvent, c'est l'initiative privée qui ouvrit la voie au progrès. François Schwartzer

©BIUM

fonda, en 1850, à Vácz, une maison de santé qui, deux ans après, fut transférée à Bude, et où les aliénés furent soumis à un traitement rationnel. Ce « premier institut moderne d'aliénés » joue un rôle important dans l'histoire du service des aliénés en Hongrie : c'est là que se forma « la première génération d'aliénistes hongrois » ; ce sont les services rendus par lui qui stimulèrent les pouvoirs publics et finirent par avoir raison de leurs tergiversations. « On peut dire que l'Institut Schwartzer est le berceau de la psychiatrie hongroise. »

La Hongrie peut donc être considérée comme la plus tard venue dans ce mouvement qui, depuis plus d'un siècle, entraîne les nations de l'Occident dans la voie de l'amélioration du sort des aliénés ; mais il faut dire à sa louange qu'elle fait, depuis trente ans, les efforts les plus méritoires pour se mettre de niveau avec ses voisines. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir le rapport sur le service des aliénés en Hongrie pendant l'année 1899, que notre savant collègue, M. le Dr Gustave d'Olàh, directeur de l'asile d'Angyalföld, a fait distribuer aux membres de la section de psychiatrie du Congrès international de médecine (1).

Ce rapport nous apprend que la Hongrie possède aujourd'hui quatre asiles d'aliénés de l'État : ceux de Lipómetzó et d'Angyalföld, situés à Budapest, celui de Nagy-Szeben, enfin celui de Nagy-Kálló. Outre ces quatre établissements qui traitèrent, durant l'année 1899, un total de 3.078 aliénés (H. 1811 et F. 1267), il se crée, presque tous les ans, des annexes aux hôpi-

(1) *Le service des aliénés en Hongrie pendant l'année* 1899, publié par le Ministère royal hongrois de l'Intérieur, 1 vol- in-4° de 127 pages. Ce volume publié en trois langues (en hongrois, en allemand et en français) contient, outre des planches représentant les principaux asiles, de nombreux tableaux statistiques qui embrassent en quelque sorte toute la vie des asiles hongrois pendant l'année 1899.

©BIUM

taux de provinces, pour y recevoir « les aliénés incurables et dangereux — ne présentant plus un vrai objet de thérapeutique spéciale — des asiles métropolitains, où ils empêchent l'admission des aliénés guérissables ayant besoin de traitement ». Parmi ces annexes, il faut citer celle de l'hôpital de Szegzárd, qui peut contenir 100 malades, celles des hôpitaux des villes de Gyöngyös, de Kaposvár, de Nyitra, de Gyula, qui peuvent recevoir les unes 100 aliénés, la dernière plus de 300.

Malgré les efforts faits par les municipalités pour améliorer ces annexes, il faut croire cependant qu'elles laissent à désirer, puisque le rédacteur du rapport dit à leur sujet : « Il ne paraît pas nécessaire de faire remarquer que la manière décrite de soigner les aliénés dans les annexes aux hôpitaux publics n'est pas idéale et qu'il serait plus convenable de créer de nouveaux asiles spéciaux sous la direction d'aliénistes, où les malades recevraient le libre traitement et pourraient jouir de tous les bénéfices de la thérapie moderne, et par conséquent se porteraient bien mieux (p. 43). »

On a vu, plus haut, que le nombre des aliénés traités, en 1899, dans les asiles d'Etat, montait à 3.078. Sur ces 3.078 malades, on en compte 416 chez lesquels le traitement eut un heureux résultat : 201 guérisons et 215 améliorations ; ce qui donne une proportion de 13,51 p. 100. Ce qui frappe dans le tableau statistique consacré aux guérisons, c'est le nombre considérable de malades atteints de *paranoïa*, sortis guéris ou améliorés. Si, par paranoïa, les médecins des asiles hongrois entendent le délire systématisé et, en particulier, le délire de persécution à évolution progressive, on a le droit d'être étonné de 68 (H. 20 ; F. 48) guérisons de cette affection, à moins qu'il ne s'agisse de rémissions ou même de formes héréditaires. D'autre part, on ne trouve

©BIUM

que 12 mélancoliques guéris sur 87 traités, c'est-à-dire à peine 14 p. 100, alors qu'en règle générale, les malades atteints de cette variété de folie présentent les plus grandes chances de guérison.

Nous pourrions suivre ainsi cet intéressant rapport, étudiant l'un après l'autre les différents tableaux statistiques ; mais nos commentaires manqueraient d'autorité, les éléments de discussion nous faisant défaut. Il appartiendra aux rédacteurs des rapports ultérieurs, qui devront se suivre tous les ans, d'annoter en quelque sorte leurs renseignements statistiques, de les commenter, pour les rendre plus vivants et, par suite, plus intéressants. Par exemple, le tableau consacré à la religion des aliénés nous apprend que sur 3.078 malades, il y a 1.539 catholiques, 513 israélites, 410 calvinistes, 260 luthériens, etc. En conclurons-nous qu'en Hongrie, la folie est plus fréquente chez les catholiques que chez les israélites, chez ces derniers que chez les calvinistes, etc. Ce serait là sans doute une profonde erreur. Pour tirer de ce tableau une conclusion plus scientifique, il faudrait pouvoir le comparer avec les chiffres fournis par le dernier recensement de la population hongroise au point de vue des différents cultes religieux. On s'est beaucoup préoccupé — et les divers traités de maladies mentales le prouvent — de l'influence étiologique des différentes sectes religieuses sur la production de la folie. Ce problème n'est sans doute pas d'une solution facile ; mais il me semble que le premier point à élucider serait justement de rechercher, en un pays comme la Hongrie, à religions très diverses, le pourcentage entre le chiffre des aliénés de chaque religion et celui de la population pratiquant cette même religion. La comparaison de ces pourcentages donnerait peut-être des résultats inattendus, point de départ de recherches nouvelles.

Nous ne quitterons pas ce rapport sans y relever

©BIUM

encore quelques faits intéressants ; ce sera la meilleure preuve de zèle apporté par la Hongrie pour l'amélioration de l'assistance de ses aliénés. C'est ainsi que s'y trouve organisé d'une façon simple et pratique le patronage des malades indigents, sortant guéris des asiles. Les directeurs de ces établissements reçoivent de l'argent d'une société de patronage et sont autorisés, par elle, à donner, « selon leur jugement, à chaque malade sortant, un secours de quarante couronnes ». — Les aliénés dits criminels ne peuvent, en cas de guérison et d'amélioration, être rendus à la liberté qu'après l'examen et « le jugement décisif d'une commission spéciale ». — Les médecins des asiles pratiquent le *no-restraint*, l'*open-door*, le repos au lit, et d'après le rapport annuel, ils n'ont qu'à se louer de ces diverses méthodes de traitement. — Enfin, n'oublions pas de rappeler qu'en Hongrie, comme dans tous les pays étrangers, les directeurs sont tous médecins, et que M. le Dr Gustave d'Olàh, qui a présenté ce premier rapport annuel au Congrès de Psychiatrie, est directeur de l'asile d'Angyalföld et qu'il est honorablement connu pour ses travaux scientifiques en médecine mentale.

Après la Hongrie, la Turquie. M. le Dr Mongeri, en une courte note parue récemment (1), nous fournit quelques renseignements intéressants sur les établissements d'aliénés à Constantinople.

« Si l'on voulait, dit avec raison notre confrère, mesurer le degré de civilisation d'un peuple d'après le souci de son gouvernement pour les souffrances de ses sujets, et d'après le nombre de ses établissements de bienfaisance, on pourrait dire que Constantinople se

(1) Notizen über die Irrenhauser Constantinopels. Extrait de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LVI, p. 990.

©BIUM

trouve placé depuis trois cents ans à la tête de la civilisation; car hôpitaux, asiles pour pauvres, établissements pour convalescents et incurables, maisons d'aliénés, y furent élevés et entretenus avec une libéralité et une grandeur vraiment extraordinaires. » Constantinople possédait même autrefois cinq asiles d'aliénés, dont le premier remonte au xv^e^ siècle.

« Mahomet II, le Conquérant (qui régna de 1451 à 1484), fit construire un asile dans le voisinage de la mosquée qui porte son nom, et le dota (d'après Hammer) d'un revenu de 40.000 sequins. Cet asile est depuis quelques années transformé en école de théologie.

« Soliman, le Magnifique (1520-1566), fonda aussi à côté de sa mosquée un asile d'aliénés, qui existait encore en 1869 avec sa destination primitive; depuis, il a été transformé en école.

« La mère du sultan Ibrahim II, connue sous le nom de Validé Sultané, fit élever en 1605 une mosquée à Scutari; un asile d'aliénés, qui s'y trouvait annexé, sert depuis plusieurs années d'hôpital militaire.

« La sultane Rukié, fille de Mohammed II — connue dans l'histoire sous le nom de Haseki Sultané — fonda en 1700 un hospice d'aliénés, qui resta en activité jusqu'en 1847. A cette époque, on y plaça des jeunes filles et les aliénés furent transférés à l'hôpital Suleimanié.

« Le sultan Achmed III (1725) fonda également un asile d'aliénés à côté de la mosquée qui porte son nom. En 1830, les deux malades qui s'y trouvaient encore furent transférés à l'hôpital Suleimanié, et l'hospice d'Achmed fut transformé en un magasin d'équipements militaires. »

Ces quelques faits historiques sont des plus suggestifs. Il est impossible de ne pas être frappé du contraste existant entre la manière de traiter les aliénés, en plein

©BIUM

xv^e^ siècle, chez les peuples d'Occident, et celle usitée par les disciples de Mahomet, alors généralement considérés par les chrétiens comme des barbares. Ceux-ci fondent des asiles où ces malheureux sont hébergés ; les autres envoient au bûcher, le plus souvent comme hérétiques, toute une série de monomaniaques, de visionnaires, ainsi qu'on peut le lire dans le célèbre ouvrage de Calmeil (1). A ce point de vue, la civilisation de l'Islam pourra donc paraître supérieure à la civilisation chrétienne ; et cette différence tient, à n'en pas douter, à la théorie, en quelque sorte opposée, que ces deux religions s'étaient faite de la folie. Les théologiens catholiques, alors tout-puissants, considéraient les aliénés comme des possédés du démon, l'esprit des ténèbres étant seul capable d'après eux de provoquer les aberrations mentales multiples que ces malheureux manifestaient. Comme l'exorcisme en pareil cas n'avait que peu d'efficacité, on recourait au grand moyen, la purification par le feu. A quoi bon des asiles! les bûchers suffisaient; et cela dura ainsi jusque vers la fin du xvii^e^ siècle, malgré les protestations de médecins courageux, dignes du respectet de l'admiration de la postérité.

Tout autre est l'opinion que se font de l'aliéné les sectateurs de l'Islam. Comme le dit très bien J. Moreau (de Tours) en un article bien connu (2) : « Chez les peu-
« ples d'Orient, la folie est généralement regardée
« comme un *mal sacré* (*morbus sacer*). Elle est envoyée
« aux humains par la divinité, ou par quelque bon ou
« mauvais génie. Tant qu'un aliéné est inoffensif, les

(1) De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la Renaissance des sciences en Europe jusqu'au xix^e^ siècle. Paris, 1845, t. I^er^, p. 89 et suivantes.

(2) Recherches sur les aliénés en Orient. Notes sur les établissements qui leur sont consacrés à Malte, au Caire, à Smyrne, à Constantinople. In *Ann. méd.-psych.*, 1843, t. I^er^, p. 115.

©BIUM

« musulmans le vénèrent et le choisissent comme un « favori d'Allah ; s'il est furieux, c'est un mauvais génie « qui l'agite et le possède ; ils le respectent encore, « mais ils songent à se mettre à l'abri de ses fureurs.

« Les idiots, les imbéciles et les déments ont la plus « large part dans leur vénération et leurs hommages « respectueux, dont l'intensité est, comme on le voit, en « raison directe de la dégradation qui pèse sur l'intelli- « gence d'un individu. »

Sans doute, au point de vue scientifique, ces deux théories se valent et peuvent être renvoyées dos à dos ; mais, envisagées dans leurs conséquences sociales et humaines, personne n'hésitera — je l'espère du moins — à donner la préférence à la seconde.

Les établissements d'aliénés, aujourd'hui existant à Constantinople, sont au nombre de six dont un seul est la propriété de l'État ; les autres, au nombre de cinq, appartiennent à diverses sociétés ou communautés religieuses. Nous les énumérerons dans l'ordre suivi par M. Mongeri :

1° L'*asile d'Etat*, connu sous le nom de Dimar Hané, est situé à Scutari (Turquie d'Asie). Notre collègue, le Dr A. de Castro, en est le médecin en chef ; il est assisté de deux médecins-adjoints. « La direction administrative est entre les mains d'un directeur non médecin, mais qui — c'est M. Mongeri qui parle — est subordonné au médecin en chef. » Cet établissement avait en traitement, le 1er mars 1899, 423 malades, dont 287 hommes et 136 femmes.

2° L'*asile des Arméniens catholiques*, qui a été construit en 1837, n'est qu'un quartier d'hospice, qui, en somme, ne contient que peu d'aliénés : 18 femmes et 33 hommes.

3° L'*hôpital des Arméniens Grégoriens*, fondé en 1834, contient, lui aussi, un quartier pour les aliénés

©BIUM

mais plus important que celui de l'hospice des Arméniens catholiques. Au 1er janvier 1899, il contenait, en effet, 190 aliénés, dont 107 hommes et 83 femmes. « La mortalité, d'après M. Mongeri, n'a jamais dépassé 7 p. 100, quoiqu'il se trouve, dans ce quartier, beaucoup de malades atteints de paralysie générale et de démence sénile. »

4° L'*hôpital grec de Baloukli*, sur lequel notre confrère n'a pu avoir de renseignements, a un quartier d'aliénés contenant à peu près 300 malades, tant hommes que femmes.

5° L'*hôpital international de la Paix* est une maison de santé privée, où l'on admet des malades payants de toutes races et de toutes religions. L'établissement, qui contient actuellement 125 malades (65 F. et 60 H.), a été fondé par les sœurs de Saint-Vincent de Paul pendant la guerre de Crimée, pour servir d'hôpital pour les soldats blessés. Peu à peu les sœurs admirent quelques aliénés catholiques pauvres, qu'on ne savait où placer à Constantinople ; ce petit nombre ne tarda pas à grandir et il fallut construire de nouveaux bâtiments pour répondre à toutes les demandes.

6° L'*hôpital royal italien* a organisé, il y a quelques années, un quartier pour aliénés italiens tranquilles et pour les malades envoyés en observation par le consulat italien. Ce quartier est sous la direction médicale de notre savant confrère, M. L. Mongeri.

Ces renseignements, pour intéressants qu'ils soient, paraîtront sans doute sommaires à beaucoup de nos lecteurs qui désireraient de plus longs développements sur l'aliénation mentale en Orient, sur les formes de folie qu'on y observe le plus souvent, sur les modes de traitement employés, sur toutes les questions, en un mot, qui intéressent le médecin aliéniste. Nous croyons que la notice qui vient d'être analysée n'est qu'une pierre

©BIUM

d'attente ; son auteur, suivant les traces de son père, — noblesse oblige, — nous donnera sous peu un travail étendu sur l'état de l'aliénation mentale en Turquie, à la fin de ce siècle.

Dans une courte note du *Psychiatrische Wochenschrift* (1), le Dr Herfeldt, de l'asile de Werneck (Bavière), se demande s'il n'y aurait pas quelque avantage à ajouter la typographie aux autres moyens de travail déjà en usage dans les établissements d'aliénés, ne serait-ce que pour utiliser certaines aptitudes spéciales à la confection des nombreux imprimés employés dans les asiles. Certainement, ajoute notre confrère, ce procédé de travail, qu'il vient d'appliquer à ses pensionnaires, n'a rien de nouveau puisqu'il a déjà été introduit à l'asile de Schussenried (Wurtemberg). Le directeur de ce dernier établissement, M. le Dr Kreuser, en un article paru dans le même recueil (2), nous apprend les excellents résultats obtenus par lui à l'aide de ce mode de travail, on pourrait dire de cette méthode de traitement ; il cite, en effet, une série de malades qui furent améliorés en faisant de la typographie.

Ces deux articles provoquent un véritable plébiscite. Les lettres pleuvent dans les bureaux du *Psychiatrische Wochenschrift*, qui les reproduit toutes avec le plus grand soin. Elles viennent d'Angleterre, d'Allemagne, d'Autriche, de Suisse, d'autre part encore. Leurs auteurs traitent la question, les uns, avec tout

---

(1) Herfeldt (Werneck). Zur Beschäftigung unserer Kranken (De l'occupation de nos malades). In *Psychiatrische Wochenschrift*, n° du 15 septembre 1900.

(2) Kreuser, in Schussenried. Zur Beschäftigung von Geisteskranken mit der Herstellung von Druckerzeugnissen (De la typographie comme moyen d'occuper les aliénés). *Idem*, numéro du 6 octobre 1900.

©BIUM

le sérieux qu'elle mérite, indiquant les malades auxquels ce genre de travail peut convenir ; d'autres, sous une forme humoristique : tel le Dr Siemens, directeur de l'asile de Lauenbourg (Poméranie). Voici la lettre de ce distingué confrère :

« Vous voulez connaître mon opinion sur l'impri-
« merie ? Volontiers. Quand on a l'argent, on peut
« entretenir dans l'asile même une ménagerie avec lions
« et rhinocéros ; on trouvera toujours parmi les pen-
« sionnaires deux gaillards qui se chargeront de
« les dresser et de les nourrir. Une imprimerie dans un
« asile d'aliénés, cela n'a rien de nouveau. A Werneck,
« du reste, un prince russe, qui y séjournait comme
« malade, aurait établi une presse pour son amusement.
« Les asiles d'aliénés ont bien pour la plupart en acti-
« vité une presse lithographique, pour les formules, les
« programmes de théâtre, et autres petits imprimés.
« Nous en avons une pareille. »

Je ne sais ce qui se passe à ce point de vue dans les asiles français ; mais j'ai cru devoir rappeler à M. Bresler, le savant directeur du *Psychiatrische Wochenschrift*, qui me demandait mon avis sur la question, que notre collègue, M. Bourneville avait établi, dans son service d'idiots et d'arriérés de Bicêtre, une véritable imprimerie qui fonctionne depuis de nombreuses années. Cette imprimerie, qui porte le nom d'*Imprimerie des enfants de Bicêtre*, accomplit les travaux les plus variés, dont nous trouvons la liste dans le dernier volume du compte rendu du service. Il n'est pas, je crois, sans intérêt de la reproduire pour l'instruction de nos lecteurs.

Compte rendu du service de l'année. — Ordres du jour des commissions. — Affiches diverses. — Entêtes de lettres, registres et tableaux divers pour la Direction et l'Economat. — Circulaires pour le bureau de la cinquième. — Bons de tabac.

©BIUM

— *Palmarès*, relevés de points, présences, etc., pour les Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. — Tableaux des lignes et de leurs applications, des volumes, méthode de lecture, feuilles d'alphabet, etc., pour les écoles de Bicêtre et de la Fondation Vallée. — Travaux divers pour les hôpitaux et hospices : Boucicaut, Bicêtre, Maison de santé, Ricord, Saint-Louis, Salpêtrière. — Travaux pour la Société des sous-employés de l'Assistance publique et la Société amicale des employés de l'Assistance publique : affiches, cartes, procès-verbaux, comptes rendus, feuilles d'admission, carnets de bal, fiches, etc., etc.

L'énumération est longue, comme on voit; mais, parmi cette foule de travaux, il faut tout particulièrement appeler l'attention sur le compte rendu du service, qui forme chaque année un volume de plusieurs centaines de pages. Depuis 1890, il est imprimé par l'imprimerie des enfants de Bicêtre, et cette collection, dont la valeur scientifique n'est pas discutable, présente au point de vue typographique des qualités de premier ordre.

Rappelons aussi, en terminant, que le journal italien de psychiatrie : *Il manicomio moderno*, sort des presses de l'asile de Nocera-Inferiore (Sicile), et, d'après un renseignement que je tiens de M. le Dr Raffaele Canger, médecin et sous-directeur de l'établissement, ce sont bien les malades qui *composent* et *impriment* ce savant recueil.

Ces deux exemples prouvent donc que la typographie peut être utilisée avec avantage comme moyen de travail dans les asiles d'aliénés, et que le résultat de ce travail peut être autre chose que des circulaires, des papiers administratifs, des programmes de théâtre, etc.

Grâce aux travaux des Dr Krafft-Ebing et Moll en Allemagne, de MM. Magnan, Paul Garnier et Ch. Féré, en France, la question des aberrations de l'instinct

©BIUM

sexuel occupe aujourd'hui une place des plus importantes en pathologie mentale. La clinique, sans se laisser rebuter par ce que le sujet pouvait présenter de scabreux, l'a creusé à fond, et, de ses recherches, a tiré les conséquences les plus instructives au point de vue social et médico-légal.

De tout temps, les littérateurs se sont complus à traiter ces questions délicates; la liste est longue des poètes et des romanciers qui ont décrit et analysé quelqu'une de ces déviations morbides. L'un d'entre eux a même donné son nom à une variété de psychopathie sexuelle : le *masochisme* (1). On sait qu'on entend par là « cette perversion particulière de la vie sexuelle psychique qui consiste dans le fait que l'individu est, dans ses sentiments et dans ses pensées sexuels, obsédé par l'idée d'être soumis absolument et sans condition à une personne de l'autre sexe, d'être traité par elle d'une manière hautaine, au point de subir même des humiliations et des tortures. Cette idée s'accompagne d'une sensation de volupté... (2) »

Un jeune médecin, microbiologiste distingué, écrivain de talent, qui signe Jacques de Nittis ses productions littéraires, vient de publier un roman des plus curieux, intitulé *Vénus ennemie* : c'est l'autobiographie d'un impuissant par émotivité exagérée (3), « l'histoire d'une sensibilité anormale ». Elles sont navrantes, les confidences de ce malheureux neurasthénique dégénéré

---

(1) Sacher-Masoch, romancier allemand, né à Lemberg (Galicie), en 1856, a, en effet, traité de préférence de ce genre de perversions dans plusieurs de ses romans et contes, et en particulier dans sa *Vénus en fourrures*.

(2) Von Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis*, avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle. Traduction française par Em. Laurent et Sigismond Csapo. Paris, 1895, p. 121.

(3) Jacques de Nittis. *Vénus ennemie*, roman. 1 vol. gr. in-18, Paris. Edition de la *Revue blanche*, 1900.

©BIUM

qui « était pris en face d'une femme de je ne sais quel « vertige qui lui ôtait toute possibilité de se conduire « virilement. » « Beaucoup d'adolescents ont éprouvé des contrariétés analogues », ajoute notre auteur ; et il rappelle à ce propos le mot de Montaigne : « A qui « l'imagination a fait une fois souffrir cette honte ; « ayant mal commencé, il entre en fiebvre et despit de « cet accident qui luy dure aux occasions suivantes ». Pas toujours, heureusement ; car, quoiqu'en dise Boileau, une chute n'attire pas toujours une autre chute, et, malheureux une première fois, on sort d'ordinaire vainqueur à la prochaine tentative.

Telle n'est pas l'heureuse destinée du pauvre Gabriel Montreano, le héros de *Vénus ennemie*. Son « impuissance d'aimer », en se répétant, devait le conduire à une sorte d' « obsession délirante », à cette manie de s'analyser si caractéristique chez les hypocondriaques moraux, qui cherchent à s'expliquer leur état et finissent par édifier un véritable système délirant, qui paraît « très logiquement établi », mais « sur une assise absurde ».

M. Jacques de Nittis écrit le « journal » des mécomptes et des impressions de ce malheureux neurasthénique d'une plume discrète, mais avec une connaissance approfondie de la nature humaine. Il suit les méandres de cette âme déshéritée — âme « ardente et fiévreuse comme une âme d'amant »..... mais incapable de satisfaire les désirs qui la dévorent — avec une sympathie douloureuse, avec ce sentiment qui envahit tout médecin en présence d'une poignante infortune, physique ou morale.

« L'affabulation n'intervient dans ce livre, dit très « justement l'auteur, que pour montrer le personnage « aux prises avec la vie. Quelques-uns penseront que « ce n'est point, à proprement parler, un roman ; cela

©BIUM

« n'a pas non plus la sécheresse d'une pure observation « de maladie mentale, puisque l'on s'est efforcé non « seulement de décrire, mais encore de faire vivre le « personnage, non de l'analyser, mais de le ressusciter. »

Et de fait, c'est parce que son héros est vivant, très vivant, que ce roman est des plus attachants, si attachant même, qu'une fois commencé, on ne le quitte qu'à la dernière ligne. Sans aucun doute, la mère n'en permettra pas la lecture à sa fille ; mais, tous les médecins qui s'intéressent aux questions de psychologie morbide le liront avec le plus vif intérêt ; ils verront que l'imagination tient une place très secondaire dans cette observation médicale très bien prise d'ailleurs et, ce qui plaira aux gens de goût, rédigée en un style excellent, ce qui devient de plus en plus rare, non seulement dans les romans, mais aussi, et surtout, dans les observations médicales.

ANT. RITTI.

©BIUM

Psychologie morbide.

HISTOIRE

DES

SUGGESTIONS RELIGIEUSES

DE FRANÇOIS RABELAIS

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

Suite (1).

CHAPITRE VII

L'AFFAIRE PIERRE AMY.—FRANÇOIS RABELAIS.

Pierre Amy et François Rabelais vivaient donc, au milieu de moines ignorants, paresseux et bornés, une vie intelligente, laborieuse et quelque peu païenne. Il n'en fallait pas tant pour susciter l'envie et la défiance. On accusait François Rabelais d'acheter des livres avec l'argent que lui rapportaient ses prédications, accusation grave, car le concile de Latran (1215) avait décidé que les religieux coupables de posséder quelque chose en propre seraient excommuniés de leur vivant, et privés après leur mort des honneurs de la sépulture. Aussi Bernardone avait-il eu soin de mettre dans sa règle, qu'il était interdit de « s'approprier chose aucune », ce qui

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1900.

©BIUM

avait été entendu de chaque moine en particulier. De plus, et bien que le pape Guido Fulcodi (Guy Foulques-Clément IV) (1) eût prescrit aux abbés de faire instruire leurs moines aux bonnes sciences par un professeur, et que la même recommandation eût été faite par le pape Jacques de Novellis (Benoît XII) au chapitre 6 de ses statuts, les chefs des communautés, se basant sur cette restriction que les religieux devaient être avertis « de se donner garde de s'amuser trop longtemps aux sciences profanes, se laissant amorceler et appaster par la douceur et le plaisir des humanitez, de peur qu'ils ne se rangent sur le tard à l'estude de la Théologie » (2), les chefs des communautés faisaient la guerre aux lettres, et Guillaume Budé (3) nous apprend que les franciscains étaient les plus acharnés.

Un jour de l'année 1523 (François Rabelais avait alors environ vingt-huit ans), on fit une descente dans la cellule des deux amis, et l'on y confisqua des livres grecs et quelques écrits théologiques de Gérard Praet fils (Erasme), qu'on a proposé d'appeler le Voltaire du XVI^e^ siècle.

Les livres grecs passaient pour hérétiques. On accusait les hellénistes, que Guillaume Budé dut défendre, de propager les idées de Martin Luther, et beaucoup de religieux pensaient comme Théodoretus, évêque de Cyrrhus, qu'il fallait retrancher « l'amour et l'estude des vanitez grecques, de peur que par une trop grande curiosité et recherche des anciens autheurs grecs, nous ne nous arrestions du tout ou plustost que nous ne vieillissions jusques à la mort parmi les erreurs des gentils et dedans l'Hellénisme ou vanité des Grecs » (4).

(1) Cap. *Monachi* de *Stat. Monach.* et cap. I *in singulis cod.*
(2) René Choppin. *Des droits des religieux des monastères.*
(3) *Budœi Epistolæ.* Paris, 1574, p. 137.
(4) René Choppin. *Loc. cit.*

©BIUM

Quels étaient ces écrits d'Erasme? Peut-être le *Manuel du soldat chrétien*, paru en 1509. Peut-être l'*Education du prince chrétien*, parue en 1516. Peut-être l'*Exhortation à l'étude de la philosophie chrétienne*, parue en 1519. Peut-être l'*Oraison dominicale divisée en sept parties*, parue en 1523. Peut-être aussi l'*Eloge de la folie* (1509), où l'auteur attaquait les théologiens et les moines. Peut-être encore le traité *Du mépris du monde* (1523), où il leur reprochait de s'abandonner à tous les vices sous le couvert de la religion.

Pierre Amy prit la fuite. « Pierre Amy, dit François Rabelais, explora pour sçavoir s'il eschapperoit de l'embusche des farfadets. et rencontra ce vers :

Heu fuge crudeles terras, fuge littus avarum
Laisse soubdain ces nations barbares
Laisse soubdain ces rivages avares.

Puis eschappa de leurs mains sain et saulve (1). »

François Rabelais fut jeté au cachot.

Mais de puissants protecteurs intervinrent. Et bientôt Guillaume Budé put écrire à Pierre Amy :

« J'apprends que vous et Rabelais, votre Pylade, à cause de votre zèle pour l'étude de la langue grecque, vous êtes inquiétés et vexés de mille manières par vos frères, ces ennemis jurés de toute littérature et de toute élégance. O funeste délire! ô incroyable égarement! Ainsi ces moines grossiers et stupides ont poussé l'aveuglement jusqu'à poursuivre de leurs calomnies ceux dont le savoir, acquis en si peu de temps, devait honorer la communauté tout entière!... Nous avions déjà appris et vu de nos yeux quelques traits de leur fureur insensée, nous savions qu'ils nous avaient attaqués nous-même, comme le chef de ceux qu'avait saisis, comme ils le disent, la fureur de l'hellénisme, et qu'ils

(1) III, 10.

©BIUM

avaient juré d'anéantir le culte des lettres grecques, restauré depuis quelque temps à l'éternel honneur de notre époque... Tous les amis de la science étaient prêts, chacun dans la mesure de son pouvoir, à vous secourir dans cette extrémité, vous et le petit nombre de frères qui partagent vos aspirations vers la science universelle... Mais j'ai appris que ces tribulations avaient cessé depuis que vos persécuteurs avaient su qu'ils se mettaient en hostilité avec des gens en crédit et avec le roi lui-même. »

Et à François Rabelais : « J'ai reçu d'un des plus éclairés et des plus humains d'entre vos frères la nouvelle qu'on vous avait restitué les livres vos délices, et que vous étiez rendu à votre liberté et à votre tranquillité première (1). »

Ces gens en crédit dont il est question dans la première lettre étaient André Tiraqueau dont l'intervention fut, paraît-il, des plus efficaces, et probablement aussi Geoffroy d'Estissac, qui avait obtenu le titre d'évêque à vingt-trois ans, c'est-à-dire quatre ans avant l'âge requis. Sans doute, sous la pression de ces personnages, le ministre provincial, auquel les bulles du 7 mai et du 6 juin 1240, dues à Ugolino (Grégoire IX), donnaient le droit d'absoudre tous les crimes des religieux de sa province, accorda son absolution.

Mais François Rabelais était déjà dégoûté du milieu où il vivait. Il faut voir comment il traite « les glorieux et beaulx frères mineurs » (2). Il les accuse de gourmandise, de pédérastie, de paresse, d'hypocrisie et de bêtise. Il détaille les abondants menus de leurs repas, et fait faire cette remarque par Epistémon : « Ceste meschante ferraille de moines sont par tout le monde

(1) Guillaume Budé. *Loc. cit.*
(2) V. 27.

©BIUM

ainsi aspres sus les vivres, puis nous disent qu'ils n'ont que leur vie en ce monde. » — Ils avaient, dit-il encore, « la braguette de leurs chausses en forme de pantoufle, et en portoient chascun deux, l'une devant et l'autre derrière cousüe, affermans par cette duplicité braguatine quelcques certains et horrificques mystères estre deuëment représentés » (1). D'ailleurs il les montre « se pelaudant l'ung l'aultre... s'entrechatouillant ». — Ils s'éveillaient à « midy sonnant (nottez que leurs cloches estoient... de fin duvet contrepoincté, et le batail estoit d'une queüe de Regnard) » (2). — « Pour parfaire leur procession, dit Pantagruel, ils sont sortis par une porte de l'Église et sont entréz par l'aultre. Ils se sont bien gardéz d'entrer par où ils sont issus. Sus mon honneur, ce sont quelcques fines gens, je dy fins à dorer, fins comme une dague de plomb, fins non affinez, mais affinans, passez par estamine fine (3). »

La peinture paraît exacte. Déjà au XIVe siècle, on accusait les frères mineurs d'avidité, de trafic d'indulgences, de paresse et de débauche.

Cette mésaventure mit l'aversion de François Rabelais à son comble. Comme Jean des Entommeures, exaspéré par le frère fredon, il s'écria un beau jour : « Je m'en vay par Dieu de pair! (4) ». Et il s'en alla effectivement.

Il quitta « ces gueux mitouflés » (5), ces « petits prescheurs bottez » (6), ces « petits questeurs voultez » (7), ces « petits confesseurs crottez » (8), ces « patepelus »,

---

(1) V. 28.
(2-3-4) V. 27.
(5) I, 54. Les cordeliers ne pouvaient porter de gants en aucune saison, mais ils portaient des mitaines. (Le Duchat. Edition de 1732.)
(6) V. 29. Les cordeliers portaient des houzeaux. (Le Duchat.)
(7-8) V. 29.

©BIUM

ces « torticolis » (1), ces « frapparts bottineurs » (2), ces « frapparts escorniflés » (3) que Panurge « hayssoit de mort » (4). *Frapparts*, voilà un mot qui revient deux fois sous la plume de François Rabelais, et qui nous ouvre des horizons sur la manière dont il dut être traité à la Basmette, et peut-être à Fontenay-le-Comte. D'ailleurs, au chapitre 23 du livre III, le cordelier Couscoil dit à Jean Dodin : « Si jamais je te peulx tenir en nostre Chapitre, tu auras du *Miserere*, jusques à vitulos », ce qui veut dire : Tu recevras la discipline depuis le mot *Miserere* jusqu'au mot *vitulos* de l'hymne Cette pratique devait favoriser singulièrement la pénétration des idées.

En 1524, Geoffroy d'Estissac, évêque de Maillezais, obtenait du pape Giulio de Medici (Clément VII) un indult autorisant François Rabelais à passer de l'ordre de Bernardone dans l'ordre de Benedictus de Nursia (saint Benoît), et à entrer avec le titre et l'habit de chanoine (5) à l'abbaye bénédictine de Maillezais, dont Geoffroy d'Estissac était abbé. Mais le pape Guido Fulcodi, ayant décidé que les religieux mendiants passés dans un autre ordre, même avec permission, ne pourraient avoir voix au chapitre, remplir aucune charge publique dans leur nouveau couvent, ni tenir aucun prieuré ni bénéfice régulier, Geoffroy d'Estissac demandait et obtenait en outre que François Rabelais pût posséder, malgré son vœu de pauvreté, les bénéfices séculiers ou réguliers dont il pourrait être conséquemment investi.

---

(1) I, 7. Les cordeliers se tenaient la tête penchée sur l'épaule, pour imiter l'agonie de Joshua. (Le Duchat.)

(2) II, 34.

(3) I. 54. Le capuchon des cordeliers était plus court que celui des autres moines. (Le Duchat.)

(4) II, 30.

(5) Maillezais étant devenu évêché, sous le pape Jacques d'Euse (Jean XXII), les moines y étaient devenus chanoines.

©BIUM

CHAPITRE VIII

François Rabelais chanoine bénédictin.

L'ordre des bénédictins avait été fondé par Bénédictus de Nursia au VI^e^ siècle. Au XV^e^ siècle, cet ordre comptait 15.700 maisons.

Voici quelques-uns des « instruments des bonnes œuvres » que Bénédictus recommande dans sa règle :

« S'éloigner des façons de faire du monde...

Entendre volontiers les lectures saintes...

Vaquer souvent à la prière...

Confesser à Dieu tous les jours dans l'oraison, avec larmes et gémissements, ses péchés passés, et s'en corriger de jour en jour...

Ne rien préférer à l'amour de Jésus-Christ...

Avoir toujours la mort devant les yeux comme prête à nous surprendre...

Avoir la frayeur de l'enfer...

Haïr sa propre volonté...

Obéir en toutes choses aux commandements de l'abbé...

Aimer le jeûne...

Aimer la chasteté...

Ne point accomplir les désirs de la chair...

Châtier son corps... »

En d'autres termes, s'abandonner à l'autosuggestion et à l'hérérosuggestion religieuses, combattre les besoins de l'organisme aux dépens de la santé physique et de la santé morale, entrer en lutte ouverte avec les lois de la nature, c'est-à-dire (et ici la contradiction est évidente) avec le créateur supposé des hommes, avec Dieu.

Ce que recommande avant tout Bénédictus, c'est l'humilité et l'obéissance. La volonté, c'est-à-dire l'ac-

©BIUM

tivité propre et indépendante par rapport aux autres psychismes, lui paraît surtout haïssable.

Et à ce propos il n'est pas superflu de citer les textes de sa règle. Ils aident singulièrement à comprendre comment naissent et se développent les religions, considérées comme des psychoses collectives par suggestion.

« Le premier ou principal degré de l'humilité est l'*obéissance prompte et sans délai*. Elle convient à ceux qui, n'ayant rien de plus cher que Jésus-Christ, tant à cause du service qu'ils lui ont voué que par la crainte de l'enfer ou pour le désir de la vie éternelle, aussitôt qu'on leur a commandé quelque chose, *ne peuvent non plus différer de l'exécuter, que si Dieu même la leur avait commandée.* » L'ordre reçu, on doit laisser la chose entreprise et abandonner tout ce qu'on a dans les mains. Les bénédictins doivent « être soumis au jugement et à la volonté des autres, et recevoir de l'abbé les règles de leur conduite ». « Cette obéissance sera bien reçue de Dieu et agréable aux hommes, *si ce qui est commandé est fait sans crainte, sans délai, sans lâcheté, sans murmure, sans refus et sans réplique.* » « S'il faut demander quelque chose au supérieur, qu'on le demande avec beaucoup d'humilité, de respect et de soumission, afin qu'il ne paraisse pas qu'on ne parle plus qu'il ne faut. »

Bénédictus, qui ne craint pas les redites, continue ainsi :

« Le premier degré de l'humilité est qu'un solitaire ait continuellement la crainte de Dieu devant les yeux,... qu'il repasse souvent dans son esprit les supplices éternels où ceux qui n'ont pas de respect pour Dieu sont précipités pour leurs crimes;... qu'il ait soin de retrancher les désirs de la chair et de la sensualité...

Le second degré de l'humilité est si quelqu'un, *n'aimant pas sa propre volonté, ne se plaît pas à accomplir ses désirs...*

©BIUM

Le troisième degré de l'humilité est que, pour l'amour de Dieu, on se soumette en tout à son supérieur...

Le quatrième degré de l'humilité est si le solitaire, dans la pratique de l'obéissance, embrasse la patience avec un esprit tranquille, *quelques dures et contraires que soient les choses qu'on lui commande*, et quelques injures ou mauvais traitements qu'on lui fasse, sans se rebuter ou se lasser...

Le cinquième degré de l'humilité est que, par une confession humble, on découvre à son abbé toutes les mauvaises pensées qui se présentent à l'esprit et les péchés qu'on a commis en secret... (1).

Le sixième degré de l'humilité est qu'un religieux se contente de tout ce qu'il y a de plus vil et de plus misérable, et qu'en tout ce qu'on lui commande, il s'estime indigne et incapable d'y réussir...

Le septième degré de l'humilité est que, non seulement le solitaire se dise de bouche le dernier et le plus vil de tous, mais aussi qu'il le croie du plus intime de son cœur...

Le huitième degré de l'humilité est que le solitaire ne fasse rien que ce qui est prescrit par la règle commune du monastère, ou qui soit autorisé par les exemples des anciens...

Le neuvième degré de l'humilité est que le moine... gardant le silence, ne parle point qu'on ne l'interroge... »

Bénédictus dit ailleurs au sujet du silence : « On ne donnera que rarement la permission de parler,

---

(1) Je ne cite ce paragraphe que pour montrer dans quelle dépendance étroite étaient les bénédictins. Bien loin de blâmer la confession, j'estime qu'elle est d'application trop étroite. L'homme, arrivé à un plus haut degré de perfectionnement intellectuel, n'aura aucun souci de cacher à personne ce qui se passe en lui-même.

©BIUM

même aux disciples les plus parfaits, même de choses bonnes, saintes et édifiantes. »

« Le dixième degré de l'humilité est que le religieux ne soit pas facile et prompt à rire...

Le onzième degré de l'humilité est que lorsque le religieux parle, il le fasse doucement et sans rire, humblement, avec gravité...

Le douzième degré de l'humilité est que le solitaire ne soit pas seulement humble dans son cœur, mais qu'il montre aussi son humilité sur son corps à ceux qui le considèrent,... qu'il ait toujours la tête baissée, les yeux vers la terre, s'estimant à toute heure criminel pour ses péchés. »

Il semble que cette règle ait été composée par un neurasthénique ou un mélancolique. En tout cas, elle s'adaptait admirablement à l'état mental des malades de cette espèce.

Les bénédictins étaient vêtus d'un froc d'étoffe grossière, d'une robe, de bas et de souliers. En voyage, ils portaient le haut-de-chausses sous la robe.

Le pouvoir de l'abbé était absolu. Il en déléguait une partie à des moines choisis selon le mérite de leur doctrine et de leur dévotion, et qu'on nommait *doyens*. Non seulement chaque bénédictin obéissait à l'abbé et aux doyens, mais les jeunes obéissaient aux anciens, qu'on chargeait parfois de les surveiller. Il leurs demandaient leur bénédiction, lorsqu'ils les rencontraient, et ils devaient se prosterner à leurs pieds, s'ils avaient excité leur colère. D'ailleurs le bénédictin savait qu'il n'avait « *pas même son propre corps à sa disposition* ».

« Surtout, que jamais le vice de murmure n'éclate au dehors par aucune parole ou par quelque autre signe, pour quelque sujet que ce soit ; que si quelqu'un est surpris, il soit très rigoureusement châtié. »

« S'il se trouve quelque frère rebelle ou désobéissant,

©BIUM

ou superbe, ou murmurateur, ou qui contrevienne en quelque chose avec mépris à la sainte règle, et aux commandements de ses anciens, il sera averti une ou deux fois en secret par les anciens, suivant le précepte de Notre Seigneur. Et si après cela il ne se corrige point, il sera repris publiquement devant tous. Enfin, si après tous ces avis il demeure incorrigible, qu'il soit excommunié s'il comprend l'importance de cette peine ; mais s'il est endurci dans sa malice, qu'il soit châtié d'une peine corporelle. »

Il y avait deux sortes d'excommunication, l'excommunication mineure ou monacale, et l'excommunication majeure ou ecclésiastique. L'excommunication monacale entraînait momentanément l'exclusion de la vie commune et la privation des sacrements. L'excommunication majeure retranchait entièrement de la communion de l'Église et de toute communion avec les fidèles. De plus l'excommunié majeur était hors de la loi civile. Il ne pouvait intenter une action en justice ; et, s'il ne s'était pas soumis au bout d'un an et un jour, on pouvait lui confisquer ses biens et le jeter en prison. Les autres peines dont les bénédictins étaient passibles étaient le jeûne, la flagellation et le renvoi.

Ils ne devaient « rien avoir en propre, quoi que ce soit, ni livre, ni tablettes, ni style pour écrire, en un mot rien du tout : puisqu'il ne leur est pas même permis d'avoir à leur disposition ni leur corps, *ni leur volonté* ». Toutefois l'abbé pouvait leur permettre de détenir telle ou telle chose par devers eux, mais jamais de se l'approprier. Ils la détenaient à titre de prêt, ou bien elle appartenait à la communauté. Ils ne pouvaient recevoir, sans la permission de l'abbé, ni lettres, ni présents. Ceux qui étaient autorisés à sortir du monastère, ne devaient pas raconter aux autres ce qu'ils avaient entendu ou vu au dehors.

©BIUM

Voici quel était l'emploi du temps des bénédictins.

Ils se levaient tantôt à minuit, tantôt à deux heures du matin, mais toujours de façon qu'un peu plus de la moitié de la nuit fût consacrée au sommeil. Aussitôt levés, ils se rendaient au chœur, et y restaient deux heures à prier ou à chanter des hymnes. Ensuite, dans certains monastères, ils se recouchaient. Dans d'autres, ils méditaient des psaumes ou des leçons jusqu'à cinq heures. A cinq heures, ils retournaient au chœur, et y restaient jusqu'à sept heures. De sept à huit ou à neuf heures, ils s'occupaient à un travail manuel, lisaient des livres pieux, ou se livraient à des études qui devaient avoir pour but le service de l'Église. Après quoi, ils assistaient à la grand'messe, qui durait jusqu'au repas. Pendant le repas, qui commençait et finissait par une prière, ils devaient garder le silence, tandis qu'un frère faisait une lecture pieuse. Après le repas, ils avaient une heure de récréation, qu'ils consacraient, les uns à une nouvelle lecture pieuse tirée par exemple des *Vies des Pères de l'Eglise* ou des *Conférences avec les Pères du désert* de Johannes Cassianus, les autres à la conversation ou au repos. Ils se livraient ensuite à l'étude ou à la prière jusqu'à vêpres (vers six heures du soir). De même, entre vêpres et complies (coucher du soleil). Après complies, ils étaient tenus d'observer le silence.

Ils se couchaient tôt, entre six et huit heures, tout habillés, ceints d'une ceinture ou d'une corde, sur un lit composé d'une paillasse, d'un chevet, d'un loudier et d'une couverture de laine, dans un dortoir qui restait éclairé toute la nuit, ou dans une cellule dont la porte était munie d'un judas.

La règle donne le détail des prières, hymnes, leçons, répons, commentaires pieux, qu'ils devaient dire aux diverses heures canoniales du jour (vigiles, prime,

©BIUM

tierce, sexte, none, vêpres, complies), et qui étaient réunis dans le bréviaire. C'étaient des extraits de la bible, tous les psaumes, le cantique du Deutéronome, des extraits des évangiles, des commentaires des docteurs de l'Église et des pères orthodoxes et catholiques sur la bible et les évangiles, l'hymne d'Ambrosius (Saint Ambroise) qui résume les dogmes catholiques, une leçon sur l'Apocalypse, le cantique de la vierge, l'hymne *Te decet laus*, les litanies, la leçon de l'apôtre, l'oraison dominicale, le gloria.

On voit que presque tout le temps des bénédictins était consacré à l'autosuggestion et à l'hétérosuggestion religieuses. Ils s'entraînaient aussi sans cesse à la tristesse, à l'humilité, à la crainte, à la haine de l'impie.

Les extraits suivants permettront de s'en convaincre.

Tristesse. — « Le Seigneur est près de ceux qui ont le cœur brisé : et il sauvera ceux dont le cœur est abattu de douleur. » (Ps. XXXIII.)

« L'esprit affligé est le sacrifice que Dieu demande. » (Ps. L.)

Humilité. — « Pour moi, je suis un ver de terre et non pas un homme : je suis l'opprobre des hommes et le mépris du peuple. » (Ps. XXI.)

« L'homme n'est qu'un pur néant. » (Ps. XXXVIII.)

Crainte. — « Tremblez de frayeur et ne péchez point : parlez dans votre cœur, sur votre lit, et demeurez dans le silence. » (Ps. IV.)

« Seigneur,... j'entrerai dans votre maison : et je vous adorerai dans votre saint temple, étant rempli de votre crainte. » (Ps. V.)

« Le Seigneur découvre ses secrets à ceux qui le craignent. » (Ps. XXIV.)

©BIUM

« Que toute la terre craigne le Seigneur ; que tous les hommes qui habitent dans le monde tremblent devant lui... Le Seigneur tient ses yeux sur ceux qui le craignent. » (Ps. XXXI.)

« Vous, ô saints du Seigneur, vivez en sa crainte, car rien ne manque à ceux qui le craignent. » (Ps. XXXIII.)

« J'ai vécu dans la pauvreté et dans la langueur depuis mon enfance : j'ai porté sur moi vos terreurs, qui m'ont jeté dans le trouble. » (Ps. LXIV.)

« Votre colère nous consume et votre indignation nous épouvante. » (Ps. LXXXIX.)

« *Haine.* — « Brisez le bras de l'impie. » (Ps. IX.)

« O roi, votre main se fera sentir à tous vos ennemis ; votre droite s'étendra sur tous ceux qui vous haïssent.

« Vous les ferez brûler comme un four ardent au temps de votre colère : le Seigneur les perdra dans la fureur, et le feu les dévorera.

« Vous exterminerez leurs enfants de dessus la terre, et leur postérité d'entre les hommes... Vous tirerez vos flèches contre leur visage. » (Ps. XX.)

« Seigneur, jugez ceux qui me jugent, combattez ceux qui me combattent...

« Que ceux qui s'élèvent insolemment au-dessus de moi soient couverts de honte et d'ignominie. » (Ps. XXXIV.)

« Vos flèches sont pénétrantes, elles transperceront le cœur de vos ennemis. » (Ps. XLIV.)

« Le juste se réjouira lorsqu'il verra la vengeance du Seigneur : il lavera ses pieds dans le sang des pécheurs. » (Ps. LVII.)

« Mon Dieu, délivrez-moi de mes ennemis... Réveillez-vous pour châtier toutes les nations. » (Ps. LVIII.)

« Que leurs yeux soient obscurcis afin qu'ils ne voient point ; et faites qu'ils soient toujours courbés contre terre.

©BIUM

« Répandez votre colère sur eux ; et que la fureur de votre indignation les surprenne.

« Que leur demeure soit déserte, et que personne n'habite plus dans leurs maisons. » (Ps. LXVII.)

Le cantique du Deutéronome est plein des menaces terribles de Jehovah contre ceux qui l'ont abandonné :

« Je les accablerai de maux, et j'épuiserai toutes mes flèches contre eux.

« Ils seront consumés par la faim et les oiseaux les dévoreront par des blessures très amères.

« J'enverrai contre eux des bêtes carnassières, et je les exposerai à la fureur des serpents qui rampent sur la terre.

« Ils seront consumés au dehors par l'épée, et au dedans par la peur ; les jeunes hommes et les jeunes filles, l'enfant et le vieillard seront tous exterminés... j'enivrerai mes flèches de sang et mon épée dévorera la chair.

« Mes armes seront ensanglantées du sang de ceux que j'aurai tués et que j'aurai fait captifs. »

On voit que les croisades, la guerre des Albigeois, les guerres de religion, le massacre des Vaudois et l'Inquisition étaient en germe dans ces poèmes juifs.

Aussi bien on trouve au fond de la plupart des dévots les sentiments qui dominent dans les psaumes, la tristesse, la crainte, la haine de l'impie.

Sans doute il y avait pour François Rabelais des accommodements avec la règle de Bénédictus. L'abbé du monastère, qui était en même temps l'évêque du diocèse, était son ami. La vie des chanoines était plus douce que celle des moines. Enfin, parmi les bénédictins, les prêtres étaient plus considérés que les autres frères. Tout cela, on le conçoit, n'avait pas été pour rien dans le changement d'ordre de François Rabelais, et

©BIUM

dans son entrée au couvent de Maillezais. Néanmoins il n'y était pas encore à sa place, et qui le connaissait eût pu prévoir qu'il suivrait l'exemple de Pierre Amy, et qu'il tirerait au large.

D'ailleurs il n'avait pas cessé de rester en contact avec le *siècle*. Il rencontrait chez Geoffroy d'Estissac des gens d'Église, mais aussi des gens du monde ; et c'est là qu'il fit la connaissance de Jean Bouchet, procureur à Poitiers.

Jean Bouchet était un de ces dévots hybrides qu'on rencontre à chaque pas dans l'histoire de la Réforme.

En 1512, il avait publié *Le chapelet des princes et la déploration de l'Église militante sur les persécutions ;* en 1521, le *Labyrinthe de fortune et le séjour des trois nobles Dames,* ouvrage qui se terminait par un *Dialogue des doctrines véritables*, où, après avoir disputé sur l'utilité et sur l'abus des sciences, l'auteur concluait qu'on ne pouvait atteindre à la vraie béatitude que par la foi, l'espérance et la charité. Plus tard, en 1527, il devait faire paraître son *Histoire et chronique de Clotaire I^er^ roi de France, et de sainte Radegonde, son épouse, fondatrice du monastère de Sainte-Croix de Poitiers* ; et en 1540, *Les Cantiques de la sainte et dévote âme, amoureuse et épouse de Notre-Seigneur Jésus-Christ ; comment ladicte âme se doit préparer pour avoir l'amour et la grâce de son dit époux ; aussi y sont les méditations sur les jours de la semaine.* Ladite âme était dans l'espèce une des filles de Jean Bouchet, laquelle, suggestionnée, selon toute apparence, par son père, était entrée au monastère de Sainte-Croix de Poitiers. Enfin, en 1545, Jean Bouchet devait donner les *Epistres morales et familières du Traverseur*, traité des devoirs et obligations des divers états et conditions, y compris les ecclésiastiques, depuis le pape jusqu'aux clercs. Mais aussi Jean Bouchet était l'auteur des *Regnards*

©BIUM

traversant les périlleuses voyes de foiles fiances de ce monde (1501), où il déclare qu'il n'existe aucune partie saine dans les congrégations d'hommes, moines mendiants, bénédictins ou augustins, non plus qu'en les congrégations de femmes, dont aucune n'est sage et vertueuse.

La Réforme nous apparaît ainsi comme l'une des crises salutaires d'une maladie sociale. Car, à voir les choses de haut, tous les hommes que je viens de passer en revue sont des psychopathes présentant des tendances à la guérison. Après le Guillaume Budé de la préface du *Transitu ad Hellenismum*, le Guillaume Budé du testament. Après le Briand Vallée et l'Aimery Bouchard, amis des moines orthodoxes, le Briand Vallée défenseur de Scaliger contre l'inquisition, et l'Aimery Bouchard de la cour de Nérac. Avant le Jean Bouchet des *Cantiques de la sainte et dévote âme*, le Jean Bouchet des *Regnards traversant*. Après Pierre Amy cordelier, Pierre Amy en fuite. Après François Rabelais bénédictin, François Rabelais apostat.

(*A suivre.*)

©BIUM

Pathologie

UN CAS
DE
PARALYSIE GÉNÉRALE
SURVENUE
PENDANT UNE SYPHILIS SECONDAIRE
MARCHE RAPIDE
ICTUS APOPLECTIFORME AVEC ISSUE FATALE
ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

Par le Dr René SERRIGNY
Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Marsens (Suisse).

L'époque d'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale d'origine syphilitique est souvent très variable. La plupart du temps on assigne un intervalle de plusieurs années, douze, quinze ans et même davantage, entre le chancre infectant et l'apparition des accidents cérébraux ; les intervalles de six à dix ans sont les plus fréquents, si bien que la méningo-encéphalite peut être regardée comme un des stades terminaux possibles de la syphilis, même longtemps après la cessation des accidents tertiaires.

Il n'est cependant pas de règle absolue, et l'on peut voir la paralysie générale apparaître dans le cours d'une syphilis en pleine évolution, en dehors, bien entendu, des manifestations cérébrales syphilitiques qui repro-

©BIUM

duisent plus ou moins le tableau clinique de la méningo-encéphalite chronique.

L'observation suivante nous a paru, à plus d'un titre, intéressante : une paralysie générale se développant en pleine syphilis secondaire, arrivant en quelques mois à un stade avancé et se terminant d'une façon dramatique par une hémorragie méningée, n'est pas un de ces faits vulgaires que l'on peut à chaque pas rencontrer dans la pratique de la psychiatrie.

Nous n'avons retrouvé que deux cas ayant quelque analogie avec celui-ci, et rapportés par M. Christian dans les *Annales médico-psychologiques*, lors de la discussion des rapports de la syphilis avec la paralysie générale (1).

Observation. — *Syphilis grave; paralysie générale apparaissant pendant la période secondaire. Evolution rapide. — Ictus apoplectique, crises d'épilepsie jacksonienne. — Mort; pas d'autopsie. — Hypothèse d'une hémorragie méningée.*

M. X..., âgé de quarante et un ans, entre à l'asile le 6 octobre 1897.

Aucune tare héréditaire à signaler; le père, âgé de quatre-vingt-un ans, est un vieillard encore vert qui porte allègrement ses cheveux blancs. Il jouit encore de toutes ses facultés mentales. La mère est morte assez âgée; un frère bien portant et père de famille.

Très intelligent, notre malade fit de fortes études en France, fut reçu bachelier ès lettres et ès sciences à dix-sept ans, et abandonna l'École polytechnique pour suivre son père et participer à son industrie.

Il n'eut aucune maladie d'enfance sérieuse. Célibataire, il contracta la syphilis il y a quatre ans environ. Un traitement énergique à l'iodure de potassium et au mercure sous toutes ses formes fut institué, mais sans grand résultat, car les acci-

(1) *Ann. méd. psych.*, 1879, p. 307.

©BIUM

dents secondaires furent assez intenses. A signaler entre autres de violentes poussées de plaques muqueuses bucco-pharyngées qui nécessitèrent d'énergiques et fréquentes cautérisations.

Les premiers symptômes de paralysie générale se manifestèrent vers mai-juin 1897. M. X... vivait alors à Paris. Depuis quelque temps, il était devenu irritable, violent, et se livrait à des actes bizarres qui attiraient sur lui l'attention de ses proches. A cette époque les plaques muqueuses étaient encore très abondantes.

Bientôt le malade tenta de se lancer dans de grandes entreprises, voulant faire des achats considérables et gagner une immense fortune. Emus de tels projets, ses parents exercèrent sur lui une étroite surveillance et durent lui retirer la gestion de ses affaires. Bientôt l'internement fut jugé indispensable. Il demeura quelque temps à la campagne dans sa famille.

Enfin, le 6 octobre, M. X... était amené à l'asile, muni de plusieurs certificats médicaux qui tous concluent à l'existence de la méningo-encéphalite chronique diffuse d'origine syphilitique.

Parmi les ordonnances et les certificats que nous avons eus entre les mains, nous signalons, en date du mois d'août 1897, un certificat d'un grand médecin de Paris, attestant l'affection cérébrale, et une ordonnance du même prescrivant des cautérisations des plaques, des gargarismes boratés et un traitement mixte.

A l'entrée du malade, ce sont les troubles intellectuels qui dominent. La mémoire est considérablement diminuée. Il se rappelle encore les dates, celle de sa naissance par exemple, mais avec hésitation. Un bon nombre de mots usuels lui échappent dans la conversation. C'est alors le sujet d'un arrêt dans sa phrase; enfin, ne trouvant pas ce mot, il le remplace par les termes « machin, chose », qui reviennent à tout moment dans sa bouche. Aussi sa conversation est-elle très difficile à suivre.

La conception est chez lui devenue très lente; il fait répéter très souvent son interlocuteur et parfois ne le comprend pas, bien que les sujets de conversation soient des plus simples. Il n'est pas jusqu'à la physionomie qui ne reflète la diminution de l'intelligence : M. X... a l'air un peu hébété, la bouche entr'ouverte, les yeux légèrement fixes et hagards.

Sa conversation est triviale à l'excès, bien que ce malade ait reçu une éducation supérieure et fréquenté à Paris des sociétés choisies.

©BIUM

Toujours mécontent, facilement irritable, M. X..., ne trouve rien de convenable dans ce qui l'entoure. La maison est mal bâtie, mal disposée, les meubles ne sont pas solides, les lits trop durs, etc., etc.; l'eau est trouble et dépose; elle a mauvais goût; le vin est falsifié; la nourriture est mal préparée et toujours froide ou trop chaude; les remèdes qu'on lui donne ne sont pas les bons, etc.; tout en un mot est pour lui un sujet de plainte.

Il nourrit de grands projets; entre autres il veut fonder dans le pays une grande laiterie, pasteuriser du lait par énormes quantités et l'expédier dans toute l'Europe.

Il reconnaît bien qu'il est malade, qu'il est venu dans cette « villa » pour se soigner, mais ne se rend pas compte de son affaiblissement intellectuel. Il en veut surtout à son frère, qui lui a retiré la gestion de ses affaires, et il cherche à faire annuler la procuration qu'il lui a signée.

Les troubles somatiques sont peu accentués.

Il existe un peu d'inégalité pupillaire en faveur de la gauche.

Il n'y a cependant pas de mydriase excessive.

La démarche est assez bonne et assez sûre, bien qu'on note de temps en temps un peu d'hésitation. Le malade se promène souvent et il le fait longtemps sans fatigue.

Les troubles de la parole sont assez bien constitués : il existe du bégaiement, des achoppements et des hésitations vraies qui viennent s'ajouter à celles résultant de la perte de la mémoire.

L'écriture est encore courante, à peine tremblée, mais se fait remarquer par le nombre considérable de mots oubliés; il y en a toujours deux ou trois dans la même ligne.

Les réflexes sont à peu près normaux.

Toutes les fonctions organiques s'accomplissent bien.

Pendant un mois rien d'anormal ne se manifesta.

6 *novembre* 1897. — M. X... eut ce matin, sans cause apparente, une crise gastrique douloureuse suivie de vomissements alimentaires abondants. Il n'avait pris qu'un peu de cacao au lait.

7 *novembre*. — Nouvelle crise exactement semblable à celle de la veille, à la même heure et dans les mêmes circonstances.

8 *novembre*. — Ce matin en se réveillant, attaque apoplectiforme.

Le début a été brusque, le malade étant encore au lit.

Perte de connaissance passagère; l'infirmier qui était spécialement attaché au service de M. X... a seul pu s'en

©BIUM

rendre compte. Le malade revint à lui une heure après environ, mais il lui fut impossible de se lever.

A la visite, c'est-à-dire deux heures après, le malade a l'air hébété, les yeux hagards, semblant ne rien comprendre. L'examen révèle l'existence d'une hémiplégie droite, totale pour les membres supérieur et inférieur.

A la face, on constate également des signes de paralysie gauche ; la commissure est molle, tombante, la droite légèrement relevée et tirée en arrière ; tous les traits gauches sont flasques et tombants.

Questionné, le malade ne répond rien et regarde son interlocuteur d'une façon stupide et lente ; il semble au bout d'un très long moment faire quelques efforts pour répondre, mais en vain : l'aphasie est complète.

La respiration n'est pas stertoreuse, le rythme en est normal.

Pouls assez bon ; pas de température.

Dans la soirée, ces symptômes se sont aggravés. Le malade est tombé progressivement dans le coma ; il ne reconnaît plus personne. Les yeux et la tête sont tournés du côté gauche.

La respiration est légèrement ronflante, mais non accélérée.

Le pouls est fort, vibrant. Pas de fièvre.

Réflexes abolis.

La sensibilité semble considérablement diminuée du côté droit, sinon abolie complètement. Une piqûre d'épingle même très forte n'est pas ressentie. Du côté gauche, le malade retire le bras si l'on vient à le piquer.

Gâtisme absolu.

Traitement : purgatif drastique et lavements toniques à l'intérieur, sinapismes aux jambes.

10 *novembre*. — Cet état a persisté hier sans grande amélioration. Aujourd'hui, le coma s'est un peu dissipé et le malade a l'air de reconnaître les personnes qui l'entourent, mais ne réagit que très peu. Seules, de fortes excitations ont le pouvoir de le tirer de sa torpeur ; son regard est toujours hébété et vague.

L'aphasie persiste. Toutefois, dans ses efforts pour parler, il fait entendre quelques sons articulés rauques, mais tout à fait inintelligibles.

L'hémiplégie ne s'est pas modifiée.

11 *novembre*. — Dans la journée, le malade a pris deux violentes crises convulsives. Ces crises ont débuté par le membre supérieur droit et consistaient en petites secousses brèves,

©BIUM

saccadées et répétées. Peu à peu le côté gauche du cou a été pris d'un tremblement analogue, de sorte que la tête, tournée à gauche, était également secouée.

En même temps les yeux présentaient de petits mouvements synchrones, mais dans le sens latéral. Il n'était pas jusqu'à la respiration qui n'éprouvât pas le contre-coup de cette crise.

Cette crise a duré environ dix à douze minutes.

Des crises analogues se sont répétées jusqu'à cinq fois dans les vingt-quatre heures, et toujours très violentes.

Traitement : Bromure et calmants.

13 *novembre*. — Les crises ont diminué de fréquence et d'intensité, mais ont conservé le même caractère. On en a compté deux dans la journée, une dans la nuit.

14 *novembre*. — Même état.

18 *novembre*. — Peu d'amélioration dans les crises, qui persistent, mais ne durent plus que quelques minutes et sont peu intenses.

En dehors de ces crises, le malade est calme, abattu et s'affaiblit beaucoup.

Il n'a pas recouvré connaissance.

Aphasie, hémiplégie toujours complètes.

L'alimentation est à peu près nulle ; les aliments liquides peuvent seuls être déglutis avec grande difficulté, une partie passant toujours dans les voies aériennes et provoquant de la toux. Les lavements alimentaires eux-mêmes ne sont pas gardés du tout.

22 *novembre*. — Pour la première fois, la température s'élève à 38°5.

Le pouls marque 120 et la respiration s'embarrasse.

23 *novembre*. — Décès après une longue agonie.

L'autopsie, malgré notre vif désir, n'a pu être faite : la famille, devant emmener le corps en France, s'y était formellement opposée.

Ce qui frappe avant tout chez notre malade, c'est la gravité exceptionnelle de la syphilis coïncidant avec une paralysie générale dont le début a été très précoce et l'évolution rapide.

Contractée vers trente-sept ans environ, c'est-à-dire à l'âge mûr, l'affection vénérienne a revêtu chez M. X...

©BIUM

une forme grave, ce qui n'est pas rare, nous le savons, chez les malades contagionnés à cette époque de la vie. Ajoutons-y que notre malade avait, dans sa jeunesse, été surmené cérébralement ; plus tard, il avait mené une vie agitée, toutes causes prédisposantes.

Les accidents secondaires, si nous nous en rapportons aux ordonnances médicales que nous avons vues, ont été sérieux et intenses. Les plaques muqueuses, entre autres, par leur nombre, leur ténacité et leur reproduction rapide, ont exigé un traitement suivi et énergique.

La paralysie générale ne tarde pas à éclore, devançant de beaucoup la date que l'on fixe ordinairement pour son apparition après la cause occasionnelle.

En effet, les premiers sympômes de cette affection se manifestent déjà pendant la période secondaire de la syphilis. Ce début ne peut être mis en doute. Nous avons parlé d'un certificat médical mentionnant l'affection cérébrale et contemporain des plaques muqueuses. Ces troubles mentaux devaient même exister depuis plusieurs mois, puisqu'ils étaient assez manifestes en août 1896 pour qu'on retire au malade la gestion de ses affaires.

Doit-on ici invoquer la longue durée des accidents secondaires qui auraient en quelque sorte anticipé sur les accidents tertiaires, ou plutôt sur les conséquences éloignées de la syphilis? Rien d'invraisemblable à cela, étant donnée la gravité de la vérole chez M. X...

Faut-il, d'autre part, attribuer à la paralysie générale de notre malade une cause autre que l'infection vénérienne, comme le pensent certains auteurs? L'étiologie est ici trop manifeste pour avoir recours à une autre pathogénie.

La marche de la méningo-encéphalite a été très rapide. Nous la voyons se développer en quelques mois :

©BIUM

elle est déjà manifeste vers mai-juin 1897, et au moment où les accidents secondaires disparaissent, c'est-à-dire vers septembre-octobre de la même année, elle est en pleine évolution, au point que l'internement est déjà jugé nécessaire. Deux mois à peine se sont écoulés : surviennent une attaque et des crises convulsives qui enlèvent le malade en quelques jours.

Au lieu de simuler comme la plupart du temps les crises épileptiques ou apoplectiques, l'ictus qui frappe notre malade revêt certains caractères particuliers dont l'aspect clinique s'écarte des types décrits.

Le début en est brusque, mais le coma initial passager. Après avoir présenté deux jours de suite une crise gastrique, ce qui n'est pas rare avant les ictus, M. X... perd connaissance subitement, mais pour recouvrer presque de suite cette faculté. Il reste cependant aphasique et hémiplégique du côté droit. Cet état se maintient quelques jours, mais augmente peu à peu et progressivement, au lieu de s'améliorer comme cela se voit en général chez les paralytiques. Bientôt survient de de nouveau le coma avec toutes ses conséquences.

Est-ce là l'indice d'une perturbation subite mais momentanée, ou ne semble-t-il pas au contraire que le choc se continue? Si nous tenons compte de l'ensemble des symptômes que nous présente M. X..., nous pouvons hésiter entre plusieurs diagnostics.

Et d'abord, avions-nous bien affaire à un paralytique général ? Nous n'hésitons pas à répondre oui. La seule affection avec laquelle on pouvait, à la rigueur, se tromper, était la syphilis cérébrale tertiaire. Nous n'ignorons pas que bon nombre d'observations ont été rapportées autrefois, pour lesquelles on avait posé le diagnostic de paralysie générale pendant la vie, alors que l'autopsie avait révélé l'existence de gommes nombreuses et disséminées dans la substance cérébrale ; mais hâtons-nous

©BIUM

de dire que, quand on analyse à fond le compte rendu de l'autopsie, on y trouve signalées des lésions macroscopiques non douteuses de méningo-encéphalite chronique, telles que : épaississement des méninges, adhérences, etc. Du reste, les malades qui font l'objet de ces observations n'avaient pas pris d'iodure.

De nos jours, la paralysie générale est beaucoup mieux connue, surtout dans ses rapports avec la syphilis, et M. X... avait pris de grandes quantités d'iodure qui eussent probablement fait disparaître les gommes.

Quoi qu'il en soit, s'il y a eu erreur de diagnostic dans le cas présent, elle était bien excusable, et nous n'avons pas été le seul à la commettre.

En second lieu, quelle a été la nature de l'ictus et des crises convulsives qui l'ont suivi ? S'agit-il d'une hémorragie cérébrale vraie, ou d'une hémorragie corticale méningée ?

On sait combien ces deux affections ont d'analogies, au point que le diagnostic différentiel est toujours très difficile au lit du malade, pour ne pas dire impossible.

Le mode de début des attaques convulsives chez notre malade, présente certaines particularités. L'ictus a été brusque ; puis il s'est produit une détente, et ce n'est que progressivement que l'état comateux s'est définitivement constitué. Il semble que l'hémorragie (si nous l'admettons *a priori*) se soit faite peu à peu et d'une façon continue.

Surpris par la rupture du vaisseau sanguin et l'irruption subite du liquide à la surface cérébrale, le malade tombe et perd connaissance. Peu à peu le cerveau s'habitue à cette compression, qui, pour être continue, est cependant peu intense ; en même temps, la commotion cérébrale s'atténue et M. X... revient à lui insensiblement. Mais l'hémorragie ne s'est pas arrêtée, la compression se fait plus forte et le coma reparaît. En même

©BIUM

temps, des signes de localisation se manifestent.

Le malade nous présente alors le tableau suivant : coma, stertor léger, abolition des réflexes, gâtisme, hémiplégie droite, aphasie, déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Jusqu'à présent, le caractère de l'ictus, à marche progressive, nous fait supposer que nous nous trouvons en face d'une hémorragie méningée plutôt que d'une hémorragie capsulaire ayant envahi le ventricule. Rien de plus hypothétique, cependant. Mais bientôt apparaissent des crises d'épilepsie jacksonienne qui indiquent que la lésion est bien corticale et que la région la plus irritée est cette partie de la zone rolandique répondant aux mouvements du membre supérieur.

Nous avons pu observer un bon nombre de paralytiques généraux, pendant et après leurs accès convulsifs. Aucun ne nous a présenté le tableau clinique que nous avons vu se dérouler sous nos yeux.

Quant à la cause de la rupture vasculaire méningée, elle semble tout naturellement relever du processus syphilitique ; ce qui explique facilement, non seulement la forme convulsive, mais encore l'arrivée si précoce de l'ictus dans le cours d'une paralysie générale grave et à marche rapide, mais cependant encore peu avancée au point de vue symptomatologique.

Il est à regretter que des circonstances particulières soient venues nous empêcher de pratiquer l'autopsie. Seule, elle eût pu confirmer un diagnostic qui restera toujours hypothétique, et ajouter peut-être un élément rare à la pathogénie des ictus chez les paralytiques.

Cette pathogénie est encore loin d'être élucidée. Malgré de nombreux et remarquables travaux sur cette question, en dépit d'ingénieuses interprétations qui toutes ont pour base une part de vérité, et souvent des expériences sérieuses et concluantes, on peut dire qu'une

©BIUM

solution complète et exacte reste encore à trouver. Il est même douteux qu'une formule unique puisse s'appliquer, nous ne dirons pas à la totalité, mais à la majorité des cas.

Ce qui tendrait à le prouver, jusqu'à un certain point du moins, c'est l'extrême variabilité de ces attaques, non seulement dans leur manifestation, leur intensité, leur durée, leur répétition, leur localisation, en un mot dans chacune de leurs modalités, mais encore et surtout suivant les individus.

Chaque malade a, en quelque sorte, une forme propre de prendre son attaque. Cette forme se retrouve chez lui avec les mêmes caractères et identique avec elle-même dans toutes les attaques successives que ce malade pourra avoir.

Souvent on en est réduit à constater les symptômes, car quand il s'agit de les interpréter, il faut entrer dans le domaine de l'hypothèse. Se trouve-t-on en présence de paralytiques d'origine syphilitique, le cadre pathogénique tend à s'élargir, chaque élément atteint pouvant apporter son contingent symptomatique.

On ne saurait donc être trop éclectique. Dans le cas précédent, en admettant que l'attaque qui a terrassé M. X... et les crises qui l'ont suivie restent dans le cadre ordinaire de la paralysie générale, et que l'autopsie n'ait pas confirmé notre hypothèse d'hémorragie méningée, l'ictus aura été une forme un peu particulière des attaques qui frappent de tels malades ; les crises convulsives se rattachent d'elles-mêmes aux attaques épileptiformes des paralytiques.

Nous retiendrons néanmoins de cette observation la gravité de l'infection causale, la coïncidence de la paralysie avec les accidents secondaires de la syphilis, le mélange des deux formes apoplectique et épileptique, et la terminaison rapide d'une maladie qui chez M. X... évolua en moins d'un an.

©BIUM

Thérapeutique.

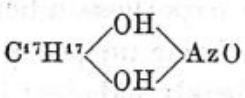
NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ÉTHER DIACÉTIQUE DE LA MORPHINE OU HÉROINE EN ALIÉNATION MENTALE

Par les Drs VIALLON et JACQUIN
Médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

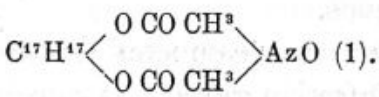
L'héroïne est la diacétyle-morphine : la morphine ayant pour formule brute $C^{17}H^{19}AzO^3$, la formule de l'héroïne est $C^{17}\ H^{17}\ (CO.CH^3)^2\ AzO^3$.

La formule de constitution est incertaine, de même que celle de l'alcaloïde dont elle est l'éther diacétique.

M. G. Vesenberg (*Pharm. Zeitung*, 1898. p. 586) admettant pour la morphine la formule



donne à l'héroïne la formule



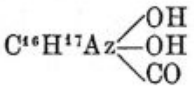
Mais M. Causse, de Lyon, a montré que la morphine devait contenir le groupement carbonyle CO et que l'on

(1) *Journal de Pharmacie et de Chimie*. t. IX, p. 16 et suiv.

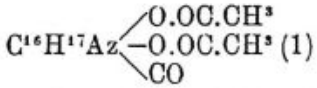
©BIUM

pouvait obtenir une morphine triacétylée ; il a préparé et fait cristalliser ce dérivé et ses sels.

Dans ce cas, la formule exprimant ceci serait pour la morphine



et pour l'héroïne



Il semble que les divers auteurs qui ont étudié et décrit le produit n'aient pas opéré sur des échantillons d'une pureté absolue ou sur un produit rigoureusement identique : le point de fusion indiqué par Hesse est 169 degrés ; d'après Bayer, ce serait 171-172 degrés ; enfin 173 degrés d'après G. Vesenberg (2).

C'est une poudre blanche, très fine, cristalline, inodore, de saveur légèrement amère, très peu soluble dans l'eau. On peut cependant obtenir des solutions aqueuses d'héroïne, par l'addition d'acide acétique, ou mieux par addition juste suffisante d'acide chlorhydrique. On obtient de la sorte un liquide clair et limpide, faiblement acide, dont l'injection hypodermique est inoffensive et indolore. L'héroïne est soluble dans le chloroforme et la benzine, beaucoup moins dans l'alcool et l'éther, pas du tout dans les huiles grasses (3).

Les premiers expérimentateurs, Dreser, Floret, emploient l'éther diacétique de la morphine contre la toux et les troubles de la respiration et constatent que ce médicament a une efficacité bien supérieure à celle de la morphine.

---

(1) *Journal de Pharmacie et de Chimie*, t. IX, p. 378 et suiv.
(2) Renseignements dus à l'obligeance de M. Bretin, pharmacien-adjoint à l'asile de Bron.
(3) Voir Saint-Martin, *Thèse*, Lyon, 1900.

©BIUM

Julius Weiss l'utilise avec grand succès dans la bronchite chronique et chez les tuberculeux avancés et est d'avis que l'héroïne est préférable à la morphine pour le traitement des maladies des voies respiratoires. Il montre aussi son pouvoir analgésique dans quelques cas de douleurs post-puerpérales très violentes.

Strube, Beketoff, Léo, Paulesco et Géraudel, Clémente Ferreira, Manquat, Bougrier (1) confirment les observations des auteurs précédents, vantent son emploi dans les affections pulmonaires, son efficacité contre la toux et la dyspnée.

Ils constatent cependant que l'héroïne serait inférieure à la morphine comme hypnotique et analgésique. Ils ne notent aucun des inconvénients de la morphine, tels que constipation, troubles digestifs ou nerveux.

Von Mering, cependant (Annales de Merk, avril 1899), lui trouve une action sédative et hypnotique supérieure à celle de la morphine.

Guinard (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 20 et 22 juillet 1899), dont les expériences sur les animaux sont relatées dans le *Journal de physiologie et de pathologie générales* (1899, page 964), arrive aux conclusions suivantes : « Entre 0 gr. 0005 et 0 gr. 01 par kilogramme, l'héroïne est un excellent calmant pour le chien; mais le sommeil produit n'est pas aussi lourd que celui de la morphine ; c'est plutôt un état d'assoupissement, d'engourdissement, qu'un état hypnotique vrai. A ce point de vue l'héroïne ne vaut pas la morphine ; mais les suites de son administration sont beaucoup plus simples (jamais de vomissements) et s'accompagnent parfois d'une paralysie maxillo-labiale, mais surtout

(1) Voir pour les indications bibliographiques la *Thèse* de Saint-Martin : Etude expérimentale de pharmacodynamie sur l'éther diacétique de la morphine. *Thèse*, Lyon. Janvier, 1900.

©BIUM

d'une parésie considérable du train postérieur. Toxicité supérieure à celle de la morphine...

« ... Les actions de l'héroïne sur le cœur et la respiration diffèrent peu de celles que produit la morphine, mais les modifications respiratoires sont plus importantes. » Cet auteur constate en même temps « certains effets excitants, convulsivants, parésiants, exagérés par suite de la prédominance des électivités bulbo-médullaires ».

Dans la thèse expérimentale de Saint-Martin (Lyon 1900), faite sous l'inspiration et avec la collaboration de Guinard, les effets obtenus sont les mêmes que précédemment, et ces auteurs insistent tout particulièrement sur l'absence de troubles digestifs : « A part les chiens qui ont reçu pendant six mois des injections quotidiennes d'héroïne et ont présenté quelques rares vomissements, nous n'avons jamais vu ni nausées ni efforts de vomissement chez les nombreux animaux auxquels nous avons administré le médicament. »

Les premiers essais cliniques faits à Lyon sont tout récents. MM. Arthaud et Gantin paraissent avoir obtenu d'excellents résultats chez des malades atteints de sciatique, de névrites, de névralgies diverses douloureuses, de coliques hépatiques et néphrétiques, chez des opérés, etc., et, dans ces diverses observations, le chlorhydrate de diacétyle-morphine, injecté sous la peau à la dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 007, quelquefois 0 gr. 01, s'est comporté comme un sédatif efficace et surtout rapide.

Deux ou trois minutes après l'injection, les premiers effets apparaissaient ; en cinq minutes, des douleurs intolérables commençaient à se calmer et disparaissaient peu à peu complètement au bout de 15 à 16 minutes. Avec cela pas de nausées, pas de vomissements, pas de dégoût pour la nourriture et, surtout, aucune suite désagréable après l'effet.

©BIUM

Comme inconvénients, on observe quelques troubles nerveux : éblouissements, troubles de la vue, brouillards, sensations de vertige, céphalée en cercle ; mais ces accidents, qui persistent pendant une heure environ, s'atténuent peu à peu et disparaissent sans laisser de traces ; d'ailleurs ils perdent de leur importance aux injections suivantes et ne se manifestent plus du tout dès la troisième ou quatrième injection.

Les malades auxquels on a injecté de la diacétylemorphine l'ont presque toujours préférée à la morphine, en raison de sa rapidité et surtout de la simplicité de la période post-médicamenteuse.

Dans une communication au Congrès de médecine de 1900, Guinard, rapportant les observations cliniques d'Arthaud et Gantin prises sous son inspiration, croit que l'héroïne est appelée à rendre de réels services en thérapeutique nerveuse.

En présence des résultats obtenus par les différents auteurs et sur la demande de M. Guinard, nous avons institué une série d'essais à l'asile de Bron, nous plaçant sur un terrain encore inexploré, celui de l'aliénation mentale.

Les hypnotiques et les calmants sont, avec les purgatifs, les médicaments les plus employés chez les aliénés, et parmi les hypnotiques, l'opium et ses dérivés occupent la première place.

Les cliniciens, comme Erlenmeyer, Roller, Voisin, Schüle, etc., l'ont utilisé avec succès dans le traitement de la mélancolie, « l'opium étant, selon l'expression de Schüle, le roi des médicaments chez les mélancoliques ».

Voisin, Meynert, Michea, Marcé, Baillarger, Griesinger, Brun, etc., vantent aussi son emploi chez les maniaques.

On sait aussi que l'usage de l'opium et de la morphine présente certains inconvénients : des nausées,

©BIUM

des vomissements, de la constipation, etc. Les études expérimentales et cliniques faites jusqu'à ce jour, sur la diacétyle-morphine, montrant que ce médicament, tout en possédant les avantages de la morphine, n'en avait pas les inconvénients, nous avons pensé qu'il serait bon de substituer ce nouveau dérivé de l'opium au chlorhydrate de morphine dans la thérapeutique des aliénés.

Parmi les différents modes d'administration, nous avons adopté la méthode hypodermique comme la plus sûre et la plus rapide. Les pilules et potions sont souvent refusées par les malades ou mal administrées par le personnel, et ce mode de traitement échappe à tout contrôle. La méthode hypodermique n'est pas passible du même reproche ; le médecin pratiquant lui-même les injections est absolument sûr de l'absorption du remède et les effets thérapeutiques obtenus ont toute la rigueur scientifique. C'est dire que nous avons fait nous-mêmes les piqûres, en observant l'antisepsie la plus rigoureuse : lavage préalable de la région à l'alcool ou à l'éther, et désinfection soignée de la seringue.

Les doses employées ont varié de 0 gr. 003 à 0 gr. 01 par jour. Vu la toxicité plus grande de l'héroïne comparativement à celle de la morphine, ainsi que les études expérimentales l'ont démontré ; et, d'autre part, la posologie de ce médicament n'étant pas, à l'heure actuelle, définitivement fixée, nous nous sommes servi de préférence d'une dose moyenne de 0 gr. 005, faisant une injection d'une seringue ou d'une demi-seringue Pravaz suivant la solution employée (1/200 ou 1/100). Les solutions ont été renouvelées très fréquemment afin d'avoir un produit toujours parfait, n'ayant subi aucune altération.

Nous avons fait l'injection à huit heures et demie environ, de deux à trois heures après la soupe du matin.

©BIUM

Les malades ont été examinées soigneusement, tant au point de vue physique que mental, avant le commencement du traitement, et nous avons éliminé toutes celles dont l'état général ou les troubles somatiques paraissaient devoir apporter une contre-indication à nos essais thérapeutiques. Les malades ont été suivies journellement pendant toute la période des injections ; la surveillante chef du quartier fournissait chaque matin une note indiquant comment elles s'étaient comportées durant la journée, si elles avaient mangé, dormi la nuit, et en général tout phénomène insolite ou toute exagération ou diminution dans leur état. Les modifications qui se sont produites du fait du traitement ont été le plus souvent contrôlées par nous-mêmes.

Enfin, pour éviter toute erreur d'interprétation dans les effets thérapeutiques obtenus, nous avons cessé toute médication concomitante. Les malades continuent à recevoir la même alimentation.

Nous avons étudié de préférence l'action du médicament chez les agitées maniaques et chez les lypémaniaques anxieuses ; nous l'avons essayé, en outre, chez une imbécile avec réactions maniaques et chez une dégénérée offrant des alternatives d'agitation et de mélancolie stupide.

Voici, un peu résumées, les observations des six maniaques que nous avons traitées (1).

Obs. I. — X..., vingt-cinq ans, journalière, entrée à l'asile de Bron le 13 juillet 1900 pour un deuxième accès maniaque.

A son entrée, elle présente de l'incohérence des propos et des actes avec illusions sensorielles ; parle constamment, chante ; insomnie, exacerbations hypnagogiques, de l'agitation.

(1) Les observations contenues dans ce mémoire ont été prises dans le service de M. le professeur Pierret (service général et clinique).

©BIUM

Les injections sont commencées le 9 août, alors que l'état mental de la malade n'avait subi aucune modification.

9 *août*. — Héroïne 0 gr. 005. La malade est toujours agitée pendant la journée; on note une pâleur anormale de la face; est plus calme la nuit, il y a un peu de sommeil, s'alimente bien.

10 *août*. — 0 gr. 005. Est plus agitée immédiatement après l'injection.

11 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

12 *août*. — 0 gr. 005. Excitée après son injection.

L'agitation persistant pendant toute la journée, mais la malade est relativement calme durant la nuit.

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 *août*. — 0 g. 005. Agitation diurne avec calme nocturne. Appétit augmenté.

21, 22 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

23 *août*. — 0 gr. 005. Un peu plus excitée le jour, mais dort assez bien la nuit.

24, 25 *août*. — 0 gr. 005. Assez calme, nuits toujours bonnes.

26 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

27 *août*. — 0 gr. 005. Plus agitée après son injection; vomit une demi-heure après; pâleur de la face; refuse les aliments.

28 *août*. — 0 gr. 005. Rien de particulier.

29 *août*. — Suppression des injections jusqu'au 2 septembre.

Pendant cette phase de suppression, recrudescence dans l'agitation et surtout pendant la nuit; crie, déchire ses vêtements.

2 *septembre*. — 0 gr. 005. Agitation persistante.

3 *septembre*. — 0 gr. 005. Même état. La nuit cependant est un peu meilleure.

4, 5 *septembre*. — 0 gr. 005. Nuits assez bonnes.

6 *septembre*. — 0 gr. 005. La malade a bien dormi, toujours excitée dans la journée et après la piqûre.

7, 8, 9 *septembre*. — 0 gr. 005. Pas de modifications.

10 *septembre*. — 0 gr. 005. Plus calme pendant la journée, a dormi toute la nuit.

11, 12 *septembre*. — 0 gr. 005. Le calme persiste.

13 *septembre*. — Suppression de l'héroïne. La malade dort moins, redevient pénible, se déchire.

14, 15, 16 *septembre*. — Toujours agitée, dort moins la nuit; quelques intervalles de calme.

©BIUM

Poids avant le traitement . . .	50	kilogrammes.
— au 18 août	49	—
— 28 —	50	—
— 11 septembre. . .	49	—

La température a toujours été normale.

Résultats obtenus. — 1° La malade est calmée par l'héroïne et surtout dort bien la nuit ;

2° Un seul vomissement ; appétit excellent, même exagéré ;

3° On note une phase d'excitation de suite après la piqûre ;

4° Etat général très bon.

Obs. II. — X..., vingt-deux ans, domestique, entrée à l'asile de Bron le 27 mai 1900.

Pas de tares héréditaires. Née avant terme, convulsions dans l'enfance. Début des accidents mentaux il y a quinze jours, à la suite d'une violente frayeur, et caractérisés par une agitation incessante, diurne et nocturne ; incohérence des idées et des actes, sitiophobie. Elle entre dans cet état : présente de la confusion mentale avec agitation extrême, insomnie complète et délire incohérent. Pas de troubles somatiques ni de température. Urines normales. Constipation opiniâtre.

Dans le courant du mois de juin, la malade a eu un phlegmon de la cuisse avec température, état général mauvais.

A l'agitation du début succède pendant l'évolution du phlegmon un état dépressif très accentué.

L'intervention chirurgicale et la guérison rapide de l'abcès ramènent l'agitation primitive, qui persiste durant tout le mois de juillet et qui n'est influencée en rien par les bains prolongés. La malade est gâteuse.

9 *août.* — Traitement par l'héroïne à la dose de 0 gr. 005.

10 *août.* — 0 gr. 005. Dort un quart d'heure après l'injection, puis reste agitée toute la journée ; la nuit dort un peu.

11 *août.* — 0 gr. 005. Agitation violente de suite après la piqûre, calme l'après-midi, dort jusqu'au soir, la nuit est assez bonne ; gâtisme persistant.

12, 13, 14 *août.* — 0 gr. 005. Même état que le 11.

15 *août.* — 0 gr. 005. La malade est plus calme, dort bien.

©BIUM

16, 17, 18, 19, 20 *août*. — 0 gr. 005. La malade est moins pénible, ne s'excite plus au moment des piqûres, est plus gaie, moins méchante, s'amuse dans la cour, sommeille par intervalles dans la journée ; les nuits sont toujours bonnes, appétit excellent, la malade engraisse.

21, 22, 23, 24, 25 *août*. — 0 gr. 005. L'amélioration se maintient, la malade n'a pas eu encore de vomissement.

26 *août*. — On donne aujourd'hui 0 gr. 01. La malade vomit tous ses aliments deux heures après l'injectiou, se plaint de malaises, répond mal aux questions, dort une partie de la journée et toute la nuit.

Suppression du traitement du 28 août au 2 septembre. Le calme persiste pendant deux jours, puis l'agitation réapparaît le 31 jusqu'au 2 septembre, où l'on recommence les injections.

3, 4 *septembre*. — 0 gr. 005. Toujours agitée pendant la journée, mais dort assez bien la nuit.

5 et 6 *septembre*. — Epoques et suppression de l'héroïne. Très agitée.

7 *septembre*. — 0 gr. 01. Plus calme, dort bien, ne vomit pas, toujours gâteuse.

8, 9, 10, 11 *septembre*. — 0 gr. 005. Le calme s'accentue, la malade répond mieux, dort bien, ne vomit pas.

12 *septembre*. — Suppression des injections. L'amélioration se maintient pendant les deux jours qui suivent.

15 *septembre*. — Est plus agitée, chante, crie, etc.

16 *septembre*. — Persistance de l'agitation.

Poids à l'entrée à l'asile	50	kilogrammes.
— avant le traitement . . .	44	—
— le 18 août.	45	—
— le 28 —	46	—
— le 11 septembre	48	—

Température normale pendant toute la durée du traitement.

Résultats obtenus. — 1° Atténuation très marquée de l'agitation ;

2° Vomit une seule fois ; appétit meilleur ;

3° En général, accès d'agitation après la piqûre, puis l'effet sédatif se produit ; phases de sommeil dans la journée ; nuits bonnes.

©BIUM

Obs. III. — X... (Eugénie), vingt et un ans, sans profession, entrée à l'asile le 8 juin 1900.

Quatrième séjour à l'asile. Héréditaire avec stigmates de dégénérescence. Accès maniaque avec tendances impulsives, agitation diurne et nocturne, incohérence des propos et des actes.

Juillet, août. — Même état maniaque.

9 *août.* — Injection d'héroïne, 0 gr. 005. Vomissement alimentaire une heure après l'injection. A été calme la nuit.

10 *août.* — 0 gr. 005 d'héroïne; sommeil de deux heures et demie après l'injection; plus calme pendant la journée, mais n'a pas dormi.

11 *août.* — 0 gr. 005. Calme toute la journée, dort après la piqûre; la nuit est bonne.

12 au 28 *août.* — Injection journalière de 0 gr. 005, pas de modification; toujours calme et dort bien, répond d'une façon plus sensée, commence à s'occuper. 28 *août*, suppression de l'héroïne.

Le 28 *août* et jours suivants, légère excitation, constipation; règles, lavement glycériné.

Du 1er au 15 *septembre*, l'amélioration persiste.

Poids de la malade avant le traitement.		43 kilogrammes.	
—	— au 18 août	45	—
—	— au 15 septembre. .	54	—

Pendant la durée du traitement la température oscille entre 36°7 et 37°3, température axillaire.

Résultats obtenus. — 1° Amélioration mentale progressive (on peut croire aussi que le traitement a été commencé vers la fin de l'accès maniaque);

2° Un seul vomissement, sur dix-neuf piqûres, une heure après l'injection;

3° Effet hypnotique net : une demi-heure après l'injection, la malade a dormi pendant plus de deux heures à deux reprises différentes;

4° Amélioration physique; augmentation de poids.

Obs. IV. — X..., vingt-six ans, couturière, entrée à l'asile de Bron le 26 mars 1900.

©BIUM

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels, alcoolisme probable.

Etat mental. — Excitation maniaque avec illusions; incohérence des idées et des actes; insomnie complète, propos obcènes, exagération de la personnalité, tendances impulsives à la violence.

Les bains prolongés et le repos au lit ne donnent aucun résultat appréciable jusqu'au 9 août où on commence les piqûres d'héroïne.

9 *août.* — Héroïne, 0 gr. 005. Toujours agitée, mais dort deux heures pendant la nuit.

10 *août.* — 0 gr. 005. Agitée la journée, dort bien toute la nuit.

11 *août.* — 0 gr. 005. Plus excitée après l'injection, nuit bonne.

12 *août.* — 0 gr. 005. Excitation après l'injection; journée plus calme, nuit bonne.

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 *août.* — 0 gr. 005. Même période d'excitation de suite après la piqûre, moins agitée pendant la journée; les nuits sont toujours relativement bonnes.

Du 21 au 28 *août.* — Injection de 0 gr. 01. L'accalmie paraît s'accentuer jusqu'au 28, époque à laquelle on supprime les injections.

29 *août.* — Dort peu la nuit.

30, 31 *août* et 1er *septembre.*— Agitée pendant la journée et une partie de la nuit.

2 *septembre.* — Reprise des injections sans amener de modifications jusqu'au 7 septembre; la malade commence à se calmer, surtout la nuit.

8, 9, 10, 11 *septembre.* — 0 gr. 005. Le calme persiste. Suppression de l'injection le 12.

17 *septembre.* — La malade est toujours assez tranquille bien qu'elle ait ses époques ces jours-ci :

Poids au début du traitement		50	kilogrammes.
—	18 août.	52	—
—	28 —	54	—
—	11 septembre	53	—

La température a toujours été normale.

Résultats obtenus. — 1° Effet sédatif très net de l'héroïne; du 21 au 28 août on suspend l'administration

©BIUM

du médicament et l'agitation reparaît pour s'atténuer ensuite avec la reprise des injections ;

2° Période d'excitation passagère de suite après la piqûre ;

3° Pas de vomissements ; appétit plutôt augmenté ; la malade engraisse.

Obs. V. — X..., cinquante-sept ans, cultivatrice, entrée à l'asile de Bron le 4 avril 1900.

Rien dans les antécédents héréditaires ; alcoolisme probable ; quelques signes de sénilité précoce. Eclosion des troubles mentaux, il y a un mois, à la suite d'une grippe et de vives contrariétés.

Etat actuel à l'entrée. — La malade est dans un état d'extrême agitation avec incohérence des propos et des actes ; elle fait des grimaces et des contorsions de toutes sortes, tire la langue, chante, crie, dit des phrases sans suite et incompréhensibles ; la mimique est égarée, les yeux brillants, le regard mobile. Les conceptions délirantes sont décousues ; elle parle de son fils, de l'église, des prêtres ; tendance à la répétition et à l'automatisme ; elle a des illusions sensorielles, etc., insomnie complète.

Etat général mauvais, gâtisme, température : 38 degrés le matin et 38°3 le soir. Rien au cœur ; pas d'albumine dans les urines.

Mai, juin, juillet. — Même état d'agitation malgré les bains tièdes prolongés.

9 *août.* — Traitement par l'héroïne en injection à 0 gr. 005 *pro die.* Rien à noter.

10 *août.* — 0 gr. 005. Même état dans la journée, mais dort une partie de la nuit.

11 *août.* — 0 gr. 005. Agitation plus marquée aussitôt après l'injection et persistant pendant deux heures environ, puis la malade est somnolente le reste de la journée.

12 *août.* — 0 gr. 005. Toujours bien excitée après l'injection ; plus tranquille dans la journée et dort bien la nuit.

13 *août.* — 0 gr. 005. Journée et nuit assez bonnes.

14 *août.* — 0 gr. 005. Bien agitée après son injection ; le reste de la journée et la nuit ont été assez bien.

15 *août.* — 0 gr. 005. S'endort peu après l'injection et paraît assoupie toute la journée ; calme la nuit.

©BIUM

16 *août*. — 0 gr. 005. A été agitée toute la journée, mais a bien dormi.

17, 18, 19, 20, 21 *août*. — 0 gr. 005. Excitée pendant le jour; les nuits sont très bonnes.

22, 23, 24, 25 et 26 *août*. — Héroïne, 0 gr. 01, n'amenant aucune modification dans l'état de la malade qui est toujours surexcitée pendant la journée, mais qui continue à rester très tranquille la nuit.

Suppression du médicament le 27 août jusqu'au 2 septembre. On note une recrudescence de l'agitation, surtout la nuit.

2 *septembre*. — Héroïne, 0 gr. 005. Dort après la piqûre, est agitée pendant la journée, mais dort une partie de la nuit.

3, 4, 5, 6 *septembre*. — 0 gr. 005. Continue à avoir des nuits bonnes et est plus calme pendant la journée.

7 *septembre*. — 0 gr. 005. Somnolente pendant la journée, dort une bonne partie de la nuit.

8, 9, 10, 11 *septembre*. — 0 gr. 005. Persistance du calme nocturne et légère atténuation de l'agitation pendant la journée.

12 *septembre*. — Suppression de l'héroïne. La malade redevient plus agitée les jours qui suivent la cessation du traitement, ne dort plus la nuit.

Poids avant le traitement		38	kilogrammes.
—	le 18 août.	38	—
—	le 28 —	36	—
—	le 10 septembre . . .	36	—

Pendant le traitement la malade a eu une température normale.

Résultats obtenus. — 1° Les injections d'héroïne calment assez bien la malade et lui procurent des nuits bonnes. Recrudescence de l'agitation coïncidant avec la suspension ou la cessation du médicament;

2° Après la piqûre, la malade s'agite le plus souvent, quelquefois, mais rarement, s'endort de suite sans s'exciter.

Obs. VI. — X..., vingt-trois ans, sans profession, entrée à l'asile le 30 juillet 1900, malade depuis deux ans; manie chronique avec incohérence et accès d'agitation.

©BIUM

9 *août*. — 0 gr. 005. Suppression des bains. Aussitôt après l'injection la malade commence à pâlir, a les yeux égarés, prend mal au cœur, vomit, puis s'endort à peu près dix minutes, se réveille, et les vomissements continuent jusqu'à 11 heures. A partir de ce momcnt la malade a été plus calme. A très peu mangé.

10 *août*. — Après la piqûre la malade a vomi plusieurs fois dans la matinée, continue d'être un peu plus calme, mais n'a pas dormi dans la journée.

11, 12, 13, 14 *août*. — Suppression des injections.

15 *août*. — 0 gr. 003. De suite après l'injection la malade vomit; plusieurs vomissements dans la journée; est très agitée, déchire ses vêtements, dit qu'on veut lui faire vomir « son tempérament », ne dort pas pendant la journée, s'alimente bien.

16, 17, 18, 19, 20 *août*. — Suppression des médicaments.

21 *août*. — 0 gr. 003. Après une excitation passagère succédant immédiatement à l'injection, la malade reste assise toute la journée, sans s'endormir toutefois, ne vomit pas, mange bien et la nuit dort convenablement.

22 *août*. — Pas d'injection, un peu excitée.

23 *août*. — 0 gr. 003. A été calme dans la journée, n'a pas vomi; par moments croit être dans un bateau, a mangé et toute la nuit a bien dormi.

24 *août*. — 0 gr. 003. Même état qu'hier.

25 *août*. — 0 gr. 005. Période d'excitation de suite après la piqûre, puis calme au bout d'une heure avec quelques moments de sommeil dans la journée.

26 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

27 *août*. — 0 gr. 005. La malade est excitée une partie de la journée, refuse de manger, dort bien.

28 *août*. — Pas de piqûre. Recrudescence de l'agitation, se roule par terre, prétend qu'elle est en chemin de fer et dort bien.

29, 30, 31 *août*, 1er *septembre*. — Pas d'injection; l'agitation s'accentue, la malade dort moins la nuit, se plaint de faiblesse des jambes.

2, 3 *septembre*. — Reprise des injections, 0 gr. 005. Pas de modification; la malade est toujours agitée.

4 *septembre*. — Epoques. Suppression du médicament; s'agite davantage.

5, 6 *septembre*. — Même état.

7, 8, 9, 10 *septembre*. — 0 gr. 005. Intermittences d'agitation et de calme; nuits cependant un peu meilleures.

©BIUM

11 *septembre*. — 0 gr. 01. La malade a vomi, puis s'excite de suite après la piqûre ; la nuit dort.

12 *septembre*. — 0 gr. 005. Pas de vomissement, même état.

13 *septembre*. — Suppression de l'héroïne ; toujours agitée.

14, 15, 16, 17, 18 *septembre*. — Agitation persistante, nuits relativement bonnes. On remarque cependant que la malade est un peu plus excitée que les jours où elle a été piquée à l'héroïne.

Poids avant le traitement . . .	53	kilogrammes.
— le 25 août	55	—
— le 14 septembre	55	—

Résultats obtenus. — 1° Légère atténuation de l'agitation ;

2° A quatre reprises, vomissements après les piqûres ; appétit toujours bon ;

3° Souvent période d'excitation de courte durée immédiatement après l'injection ;

4° Quelques phases de sommeil dans la journée ; sensations vertigineuses, croit être dans un bateau ; se plaint parfois de faiblesse des jambes ;

5° Etat physique bon : la malade a engraissé de 3 kilogrammes ;

Il nous reste maintenant à tirer de cette série d'observations des déductions pratiques qui paraissent en découler logiquement. Dans tous ces cas que nous avons observés personnellement, il nous semble que l'héroïne a influencé d'une façon manifeste l'excitation maniaque contre laquelle elle était dirigée. Il ressort, en effet, de l'étude attentive de nos six observations de maniaques franches que l'emploi de la diacétyle-morphine peut procurer une atténuation assez notable de l'agitation. Nous avons noté que les malades étaient moins pénibles dans la journée, avaient des périodes de somnolence, dormaient quelquefois pendant plusieurs heures, et surtout, que les nuits étaient d'ordinaire assez bonnes.

©BIUM

L'effet hypnotique se produisait d'habitude un peu tardivement et se poursuivait jusqu'au lendemain.

Nous nous croyons autorisés à attribuer à l'héroïne cette action sédative manifeste, puisque la suspension et la cessation du traitement sont le signal d'une recrudescence plus ou moins accentuée de l'agitation. Les observations IV et V démontrent le fait d'une façon assez évidente.

Chez cinq de ces malades, l'injection d'héroïne est suivie d'une phase d'excitation intense, mais de courte durée. C'est un phénomène qui avait été constaté déjà par les auteurs (Voisin, Brun, etc.) à la suite des piqûres de morphine et de l'administration de l'opium. A ce point de vue, la diacétyle-morphine se rapproche singulièrement de ces médicaments. Plus rarement un peu de sommeil succède à la piqûre. Dans quelques cas l'injection n'est suivie d'aucun phénomène immédiat.

Du côté du système digestif, on ne note pas de troubles bien importants ; les nausées et les vomissements sont plutôt rares. Trois malades ont vomi seulement une seule fois : la première à la suite de la première piqûre et une heure après l'injection ; la deuxième à la dix-huitième piqûre et à l'occasion d'une augmentation de la dose d'héroïne portée de 0 gr. 005 à 0 gr. 01 ; la troisième enfin à la dix-neuvième piqûre de 0 gr. 005 ; elle vomit une demi-heure après l'injection. Une quatrième malade, maniaque chronique, a fait montre d'une sorte d'intolérance pour le médicament et a eu des vomissements nombreux à quatre reprises différentes.

Les vomissements sont rarement alimentaires, plutôt bilieux et glaireux.

L'appétit est non seulement conservé mais même exagéré dans la plupart des cas, même chez celles qui ont eu des vomissements, ainsi qu'on peut s'en rendre

©BIUM

compte en se reportant aux indications de poids qui suivent l'observation de chaque malade. L'héroïne ne paraît pas avoir amené de constipation.

Chez une seule de nos agitées nous avons observé des sentations vertigineuses, de la pâleur de la face, de l'anéantissement général, de la faiblesse des jambes, phénomènes qui accompagnent souvent les injections de morphine. Ajoutons que l'état mental particulier des maniaques ne permet pas de connaître exactement chez ces malades la fréquence et l'intensité de ces phénomènes.

Notre deuxième groupe comprend sept lypémaniaques anxieuses à qui nous avons administré le médicament aux mêmes doses qu'aux maniaques et pendant le même laps de temps.

Obs. VII. — X..., trente-neuf ans, ménagère, entrée à l'asile de Bron le 11 mai 1900. Pas d'antécédents héréditaires. Les troubles mentaux ont apparu après un accouchement.

Etat mental : mélancolie anxieuse avec conscience. Rien du côté des organes.

9 *août*. — 0 gr. 005. Toujours triste, ne vomit pas, mais dort un peu dans l'après-midi.

11, 12, 13, 14 *août*. — 0 gr. 005. Comme le 9.

15 *août*. — 0 gr. 005. S'endort après l'injection. A son réveil paraît moins triste.

16 *août*. — 0 gr. 005. Un peu moins tourmentée.

17 *août*. — 0 gr. 005. Envies de dormir après la piqûre, sommeil dans l'après-midi ; s'alimente bien.

18 *août*. — 0 gr. 005. La malade se trouve bien, comprend elle-même qu'on lui fait des piqûres pour la guérir.

19, 20, 21, 22 et 23 *août*.—0 gr. 005. Est bien tourmentée, pleure une partie de la journée, se dit indigne, mange mal ; pas de vomissements.

24, 25, 26, 27, 28 *août*. — 0 gr. 005. Même état que les jours précédents ; bien tourmentée, pas de vomissements. Suppression de l'héroïne du 28 août au 2 septembre. Recrudescence de l'état lypémaniaque ; grande surexcitation et tentative de suicide.

©BIUM

2 *septembre*. — 0 gr. 003. Un peu plus calme l'après-midi.

3 *septembre*. — 0 gr. 003. Assez tranquille, sommeil dans la journée.

4, 5 *septembre*. — 0 gr. 003. Même état.

6, 7, 8, 9 et 10 *septembre*. — 0 gr. 005. Plus tourmentée, réclame la mort.

11 et 12 *septembre*. — 0 gr. 005. Très tourmentée, pleure, veut qu'on lui coupe le cou, vomit deux fois.

13 *septembre*. — Suppression du médicament. Même état mental ; réclame la mort.

14 *septembre*. — Un peu plus calme, dort, mange bien.

15, 16 *septembre*. — L'état anxieux diminue un peu, s'alimente.

17, 18 *septembre*. — Sans modification.

Poids avant le traitement. . . .	58	kilogrammes.
— le 25 août.	59	—
— le 14 septembre.	56.500	—

Résultats obtenus. — 1° Peu d'action sur l'état mental ; amélioration du 9 au 19 août, puis l'état anxieux se montre à nouveau (du 19 au 28) malgré le traitement, s'exagère avec la suppression de l'héroïne (du 28 août au 2 septembre), s'atténue avec de nouvelles piqûres (du 2 au 5), puis enfin reprend avec une nouvelle intensité (du 5 au 12) malgré les injections. Persistance de ce paroxysme anxieux avec la cessation du traitement (13 et 14), et enfin retour au calme (du 15 au 18).

2° L'action hypnotique n'est manifeste que dans les périodes de calme relatif et paraît nulle dans les paroxysmes anxieux.

3° Envies de vomir le 17 août et deux vomissements les 11 et 12 septembre.

4° Amaigrissement : perd 2 kilog. 500

Obs. VIII. — X... cinquante-six ans, ménagère, entrée à l'asile de Bron une première fois en 1879 pour une lypémanie

©BIUM

suicide et le 24 juin 1900 pour mélancolie anxieuse avec idées d'indignité et de suicide.

Juillet. — Aucune modification dans l'état mental, aucun trouble somatique.

9 *août.* — 0 gr. 005. Après l'injection la malade s'endort une demi-heure; à son réveil, a eu des vomissements jusqu'à 1 heure, s'endort le reste de l'après-midi : lorsqu'elle s'éveille a peine à se tenir sur ses jambes. Elle se croit de plus en plus coupable, refuse les aliments.

10 *août.* — 0 gr. 005. Dort une partie de la journée et vomit deux fois.

11 *août.* — Pas d'injection, pas de vomissement.

12, 13 *août.* — 0 gr. 005. Dort toute la journée; ne vomit pas; ne mange pas.

14 *août.* — 0 gr. 005. Dort moins, reste assoupie, parle un peu; demande pourquoi on lui fait des piqûres et que ce n'est pas ça qui l'empêchera d'être coupable. Pas de vomissement.

16 *août.* — 0 gr. 005. Même situation qu'hier.

17 *août.* — 0 gr. 005. Se trouve mieux, semble moins anxieuse, ne dit plus qu'elle est coupable; répond mieux aux questions posées; s'inquiète si les piqûres la guériront ; reste moins assoupie ; mange ; pas de vomissement.

18 *août.* — 0 gr. 005. Journée bonne; paraît plus gaie.

19, 20, 21 *août.* — 0 gr. 005. Même état.

22 *août.* — 0 gr. 005. Etourdissements, maux de tête, un vomissement.

23 *août.* — Pas d'injection.

24, 25, 26, 27 *août.* — 0 gr. 005. Etat mental meilleur, sommeil bon; pas de vomissement; la malade s'alimente.

28, 29, 30, 31 *août* et 1er *septembre.*—Pas d'injection. L'état mental reste assez bon, la malade cause plus volontiers, se promène, réclame sa sortie, dort et mange bien.

2 *septembre.* — 0 gr. 005. La malade vomit un peu, prétend que la piqûre l'assomme, dort une partie de la matinée. Soirée un peu meilleure.

3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 *septembre.* — 0 gr. 005. Etat mental sans modification. Pas de vomissement.

10, 11, 12 *septembre.* — 0 gr. 005. Pas de vomissements; recrudescence de l'état anxieux; alimentation plus difficile ; dort la nuit.

13, 14, 15, 16, 17, 18 *septembre.* — Pas d'héroïne. Aucune modification dans l'état mental.

©BIUM

Poids avant le traitement . . .	75	kilogrammes.
— le 25 aout	73	—
— le 14 septembre.	71	—

Température normale.

Résultats obtenus : — 1° L'état lypémaniaque anxieux n'est pas modifié.

2° Vomissements les deux premiers jours du traitement et le 22 septembre. S'est plainte spontanément d'étourdissements ; a parfois peine à se tenir sur ses jambes.

3° Les quatre premiers jours, sommeille une partie de la journée ; dort aussi dans la matinée du 2 septembre ; ne s'endort pas dans la journée lorsqu'elle n'a pas eu de piqûre.

4° Maigrit de 4 kilogrammes pendant le traitement.

Obs. IX. — X..., cinquante-quatre ans, ménagère, entrée à l'asile le 19 juillet 1900. A fait un séjour antérieur de six mois, en 1883, pour un accès lypémaniaque.

État actuel : mélancolie anxieuse avec idées d'indignité, craintes d'empoisonnement, quelques conceptions hypocondriaques.

Reste dans cet état jusqu'au commencement du traitement par l'héroïne.

9 *août*. — 0 gr. 005. Immédiatement après la piqûre, état nauséeux avec étourdissements, puis plusieurs vomissements dans l'espace de dix minutes. Ensuite la malade s'endort et à son réveil se plaint d'avoir mal au cœur et vomit. Même état d'anxiété ; prétend qu'on lui a empoisonné le sang.

10 *août*. — 0 gr. 005. Immédiatement après la piqûre, vomissements nombreux jusqu'à 2 heures de l'après-midi, interrompus par des phases de sommeil. Sitiophobie.

11, 12, 13, 14 *août*. — Suppression. Même état anxieux.

15 *août*. — 0 gr. 003. La malade est plus fatiguée que d'habitude, vomit toute la journée, pleure sans cesse, dit qu'on l'empoisonne et qu'on lui décompose le cœur.

16, 17, 18, 19, 20 *août*. — Pas d'injection.

21 *août*. — 0 gr. 003. A été un peu moins anxieuse, mais a vomi dans l'après-midi ; a un peu mangé et un peu dormi.

©BIUM

22, 23, 24 *août*, — Pas d'injection.

25 *août*. — 0 gr. 003. De suite après la piqûre, vomissements répétés; la malade se plaint de ne plus pouvoir se tenir sur ses jambes; pleure, ne veut plus rester dans cette maison remplie de poisons qui la suivent et lui volent aux yeux. Mange peu.

Du 26 au 27 *septembre*. — Pas d'injection. La malade est toujours tourmentée, s'alimente difficilement et dort mal.

27 *septembre*. — 0 gr. 003. La malade a vomi quelques glaires, dit qu'on l'empoisonne, s'alimente mal, la nuit a dormi.

3, 4, 5, 6, 7, 8 *septembre*. — 0 gr. 003. Même état; les vomissements persistent.

9 *septembre*. — Pas de piqûre. Même délire anxieux.

10, 11, 12 *septembre*. — 0 gr. 003. Vomissements; la malade voit le diable avec un sac de poison; il la suit dans la cour et lui en jette aux yeux; c'est pourquoi elle pleure, dit-elle; dort mal la nuit.

13 *septembre*. — Suppression.

16, 17, 18, 19 *septembre*. — Cessation du traitement. L'état mental est toujours le même; la malade ne dort pas dans la journée, mais repose assez bien la nuit et s'alimente mieux.

Poids avant le traitement . . .	50	kilogrammes.
— le 25 août	46	—
— le 14 septembre	42	—

Résultats obtenus : — 1° Exagération de l'état lypémaniaque par le traitement par l'héroïne.

2° Vomissements répétés après chaque piqûre, sitiophobie intermittente.

3° Étourdissements; faiblesse des jambes, attitude d'une personne ivre.

4° Les vomissements sont souvent interrompus par des phases de sommeil; les nuits sont meilleures.

5° Amaigrissement rapide.

Obs. X. — X..., trente ans, ménagère, entrée à l'asile de Bron le 25 juin 1900. Un oncle paternel aliéné. Gastrite en 1898 avec troubles mentaux n'ayant pas nécessité l'internement. Présente des stigmates physiques de dégénérescence et un délire mélancolique anxieux avec idées d'indignité.

©BIUM

Etat mental stationnaire jusqu'au 9 août.

9 *août.* — 0 gr. 005. A vomi tout de suite après la piqûre et se plaint de maux de tête; les vomissements persistent jusqu'à 4 heures de l'après-midi; la malade s'endort pendant deux heures, mange peu.

10 *août.* — 0 gr. 005. Un quart d'heure après la piqûre, les vomissements commencent, se répétant toutes les dix minutes jusqu'à 1 heure de l'après-midi; la malade ne peut rien prendre à 11 heures; dans l'après-midi se trouve un peu mieux, dort une demi-heure et le soir mange bien.

11, 12, 13, 14 *août.* — Suppression de l'héroïne. Etat mental sans modification, pas de vomissement.

15 *août.* — 0 gr. 003. Les vomissements commencent une demi-heure après la piqûre, s'accompagnant de céphalalgie, et durent toute l'après-midi. La malade est toujours bien tourmentée, pleure et reste dans le mutisme.

Du 16 au 24 *août.* — Pas d'héroïne; pas de modification dans l'état mental. Epoques du 20 au 23.

25 *août.* — 0 gr. 003. Pas de vomissement, pas de modification de l'état mental.

26 *août.* — 0 gr. 003. Commence à vomir vers les 11 heures du matin (liquide bilieux). Ces vomissements se répètent toute la soirée, environ tous les quarts d'heure. Ne mange pas.

Du 27 *août* au 2 *septembre.* — Pas d'injection, même état mélancolique anxieux.

2 *septembre.* — 0 gr. 003. Vomit dans la journée, dort un peu dans l'après-midi.

3 *septembre.* — 0 gr. 003. Vomit quelques glaires, dort dans la journée.

4, 5 *septembre.* — 0 gr. 003. N'a pas vomi.

6 *septembre.* — 0 gr. 005. Vomit à plusieurs reprises (vomissements alimentaires et glaireux); dort toujours la nuit. Rien à signaler dans l'état mental.

7 *septembre.* — 0 gr. 005. Les vomissements persistent.

8 *septembre.* — 0 gr. 005. Vomissements avec tendance au collapsus. Toujours anxieuse.

9 *septembre.* — Pas d'injection.

10, 11, 12 *septembre.* — 0 gr. 005. Vomissements chaque jour, même dépression mélancolique.

14 *septembre.* — Cessation du traitement; aucune modification dans l'état mental.

15, 16 *septembre.* — Même situation.

©BIUM

17 *septembre.* — Toujours tourmentée, pleure, s'isole, s'alimente assez bien, dort convenablement.

Poids avant le traitement. . .	52	kliogrammes.
— le 25 août	54	—
— le 17 septembre.	51	—

Résultats obtenus : — 1° L'état mental ne subit aucune modification appréciable.

2° Vomissements fréquents et souvent inquiétants se produisant de préférence de dix minutes à une heure après la piqûre et se répétant parfois dans le reste de la journée (9, 10, 15, 26 août surtout).

3° Comme effet hypnotique, sommeil à plusieurs reprises dans l'après-midi, nuits assez bonnes.

4° Affaiblissement physique du fait des vomissements.

Obs. XI. — X..., vingt-six ans, ménagère, entrée le 26 janvier 1899 pour troubles mentaux caractérisés par du délire mélancolique avec pseudo-stupeur et mutisme; quelques périodes d'excitation. Fond d'hystérie; tuberculose pulmonaire (?).

10 *août.* — La malade est dans un mutisme complet, ne répond pas aux questions posées; attitude de résistance lorsqu'on lui fait faire des mouvements; a toujours les jambes légèrement enflées; s'alimente bien.

0 gr. 005 d'héroïne. Vomissements une heure après la piqûre.

11 *août.* — 0 gr. 005. Aujourd'hui la malade n'a pas eu de vomissement; paraît tourmentée, se lève à tout instant, ne parle pas, s'alimente légèrement.

12 *août.* — 0 gr. 005. Pas de vomissements. Même état mental.

13, 14, 15 *août.* — 0 gr. 005. Même situation.

16 *août.* — 0 gr. 005. La malade recommence à vomir.

17, 18 *août.* — 0 gr. 005. Vomissements une heure après l'injection; même état mental, ne répond pas aux questions posées, s'alimente un peu.

19 *août.* — 0 gr. 005. Vomissements après la piqûre.

20, 21, 22, 23 *août.* — 0 gr. 005. Pas de vomissements. Aucune modification au point de vue mental.

©BIUM

24, 25 *août*. — 0 gr. 005. Vomissements répétés dans la journée.

26 *août*. — 0 gr. 005. Pas de vomissements.

27 *août*. — 0 gr. 005. Vomissements une heure après l'injection ; la malade paraît fatiguée, refuse de manger.

28 *août*. — Suppression de l'héroïne. Les vomissements cessent ; l'état mental est toujours le même.

17 *septembre*. — Aucune modification ; mutisme absolu. La malade se tient constamment debout ou assise ; a les jambes légèrement enflées ; s'alimente bien ; dort bien.

Poids avant le traitement. . . .	55	kilogrammes.
— au 20 août	54	—
— au 17 septembre.	54	—

Résultats obtenus. — 1° Exagération de l'état mental : la malade est tourmentée par instants ; s'alimente mal.

2° Vomissements nombreux : sur dix-huit piqûres, huit ont amené des vomissements débutant généralement soit de suite après la piqûre, soit pendant l'heure qui suit.

3° Action hypnotique peu manifeste.

4° Pas d'action sur l'état général : le poids de la malade reste stationnaire.

Obs. XII. — X..., quarante-six ans, ménagère, entrée à l'asile de Bron le 26 mai 1900. Mélancolie anxieuse avec idées de ruine et de culpabilité, ne subissant aucune modification jusqu'au 9 août.

9 *août*. — 0 gr. 005. Ne vomit pas ; n'a pas eu envie de dormir, s'alimente.

10 *août*. — 0 gr. 005. Pas de vomissements ; est un peu assoupie.

11 *août*. — 0 gr. 005. Prend mal au cœur après la piqûre ; étourdissements fréquents ; vomit dans l'après-midi ; ne mange pas.

12, 13, 14 *août*. — Pas d'injection. Même état mental.

15 *août*. — 0 gr. 003. Très malade, a beaucoup vomi et pleuré, prétendant qu'on cherchait à abréger ses jours.

©BIUM

16, 17, 18, 19, 20 *août*. — Pas de piqûre. Rien de particulier au point de vue mental.

21 *août*. — 0 gr. 003. Vomit une fois dans l'après-midi ; nuit bonne ; s'alimente.

22 *août*. — Pas d'héroïne.

23 *août*. — 0 gr. 003. Après l'injection la malade vomit à chaque instant pendant trois heures ; pleure toute la journée, dit qu'on lui enlève toutes ses forces, voit la mort qui vient la chercher ; est bien tourmentée et s'alimente mal.

24 *août*. — Pas d'injection.

25 *août*. — 0 gr. 003. Vomit cinq fois dans la matinée ; céphalalgies ; mange mal.

26, 27, 28, 29, 30, 31 *août* et 1er *septembre*. — Suppression des injections. L'état mental est progressivement meilleur que pendant l'administration du médicament ; la malade s'occupe un peu ; dort et mange bien.

2, 3, 4, 5 *septembre*. — 0 gr. 003. L'amélioration mentale persiste ; pas de vomissements, les nuits sont bonnes.

6, 7 et 8 *septembre*. — 0 gr. 005. Plusieurs vomissements chaque jour ; se plaint de la tête, dit qu'elle n'y voit plus clair, est plus tourmentée.

9 *septembre*. — Pas d'injection, la malade se trouve mieux.

10, 11, 12 *septembre*. — 0 gr. 005. Vomit surtout le 12, où elle est plus délirante : voit des figures devant ses yeux, des hommes qui lui font la grimace ; la nuit ne dort pas, prétend avoir vu des cordages en feu, des hommes se mettant au guichet et lui tirant la langue, un boa grimpant le long du mur et cherchant à pénétrer dans son lit.

13 *septembre*. — Pas de piqûre. Les phénomènes hallucinatoires hypnagogiques ne se renouvellent pas, mais la malade reste encore sous le coup de la frayeur causée par ces pénibles visions. A bien dormi dans la nuit.

14 *septembre*. — Est moins tourmentée ; a mangé et dormi.

15 *septembre*. — Mange peu ; dit qu'elle ne peut plus rien digérer ; demande si on va lui faire encore du mal, prétend qu'avec les piqûres on cherchait à la faire mourir ; dort moins.

16, 17 *septembre*. — Même état lypémaniaque ; dort une partie de la nuit.

Poids avant le traitement. . . .	63	kilogrammes.
— le 25 août.	60	—
— le 14 septembre.	62.500	—

©BIUM

Résultats obtenus. — 1° Le traitement produit une exagération manifeste de l'état lypémaniaque. Pendant les périodes de suspension du traitement (du 12 au 14, du 16 au 20 et du 26 août au 27 septembre), la malade est plus calme, moins tourmentée, s'occupe et s'alimente mieux. La piqûre apporte un nouvel aliment à son délire.

2° 11 piqûres sur 17 ont provoqué des vomissements multiples, des maux de cœur, des étourdissements (le 11), des troubles oculaires (6, 7 et 8 septembre). Les vomissements se produisent, soit après la piqûre, soit dans l'après-midi.

3° Le 12 septembre, hallucinations terrifiantes de la vue causées peut-être par une intoxication par le médicament et disparaissant avec la cessation de l'héroïne.

4° Pas d'action hypnotique certaine.

5° Pas de dépérissement physique malgré l'intensité et la fréquence des vomissements.

Obs. XIII. — X..., cinquante ans, cultivatrice, entrée à l'asile de Bron le 8 juin 1900. Sixième jour; nouvel accès lypémaniaque anxieux, sans troubles somatiques; ménopause (?).

État anxieux persistant sans modification jusqu'au 9 août.

9 *août.* — 0 gr. 005. Nombreux vomissements bilieux dans la journée, alternant avec des phases de sommeil d'une durée d'une demi-heure environ; figure étirée; maux de tête; refus des aliments; prétend qu'on cherche à la faire mourir.

10 *août.* — 0 gr. 005. Mêmes phénomènes qu'hier.

11, 12, 13, 14 *août.* — Suppression des injections; pas de vomissement; même état anxieux.

15 *août.* — 0 gr. 003. A vomi une fois après l'injection; même état mental; n'a pas dormi dans la journée; mange peu.

16, 17, 18, 19, 20 *août.* — Suppression des piqûres sans modification dans l'état mental.

21 *août.* — 0 gr. 003. Deux heures après la piqûre la malade s'est plaint d'avoir mal au cœur, puis a vomi. A été calme dans la journée et a moins dormi la nuit.

©BIUM

22 *août*. — Pas d'injection.

23 *août*. — 0 gr. 003. Vomissements, maux de cœur et étourdissements pendant toute la matinée. Même état d'anxiété.

24 *août*. — Pas d'injection.

25 *août*. — 0 gr. 003. De suite après la piqûre, vomissements nombreux; céphalée violente; la malade s'endort de temps en temps dans la journée, mais son état d'anxiété s'exagère; demande à ce qu'on la fasse mourir, « sans quoi elle en finira bien vite d'une manière ou d'une autre ».

Du 26 *août* au 2 *septembre*. — Suppression de l'héroïne. Pendant ce laps de temps la malade paraît bien mieux, pleure moins, mange et dort bien.

Du 2 au 6 *septembre*. — 0 gr. 003. L'amélioration mentale persiste; il ne se produit pas de vomissements; la malade s'alimente et dort assez bien.

6 *septembre*. — 0 gr. 005. La malade se plaint d'avoir la tête lourde et des envies de vomir; s'occupe un peu, mange et dort.

7 *septembre*. — 0 gr. 005. Même état qu'hier.

8 *septembre*. — 0 gr. 005. La malade a été bien fatiguée et a eu plusieurs vomissements dans la matinée; elle était comme une personne ivre, se plaignant de lourdeur de tête, ne pouvant pas se tenir sur les jambes. Cependant a mangé aux deux repas et a reposé la nuit.

9 *septembre*. — Pas d'injection, pas de vomissement, moins d'anxiété.

10 *septembre*. — 0 gr. 003. La malade a vomi plusieurs fois dans la journée, a pleuré, n'a pas voulu manger, mais a dormi la nuit.

11 *septembre*. — Pas d'héroïne. Même état mental. Pas de vomissement.

12 *septembre*. — 0 gr. 003. Vomissements; refus des aliments, a dormi une partie de la nuit.

13, 14, 15 *septembre*. — Cessation du traitement. La malade est mieux, moins triste, cause plus volontiers, s'occupe un peu, a meilleur appétit, dort une partie de la nuit.

16, 17, 18 *septembre*. — Même état que les jours précédents.

Poids avant le traitement . . .	67	kilogrammes.
— le 25 août	68	—
— le 14 septembre.	67	—

Résultats obtenus. — 1° Le médicament augmente

©BIUM

plutôt la dépression mélancolique ; l'interruption de l'héroïne du 26 août au 2 septembre, et la cessation complète du remède, sont marquées par un mieux sensible.

2° 9 piqûres sur 15 ont amené des vomissements multiples.

3° Phases de sommeil de durée variable dans le cours de la journée ; nuits parfois meilleures, quelquefois lourdeur de tête et attitude d'une personne ivre.

4° L'état général reste assez bon.

Si nos agitées ont retiré un bénéfice indiscutable de la médication par les injections hypodermiques d'héroïne, en tant qu'atténuation sensible du symptôme agitation ; si chez elles le médicament n'a pas eu de retentissement bien notable sur les fonctions digestives et sur l'état général, il est certain, d'après nos observations, que les lypémaniaques ont réagi dans un sens absolument contraire et que la résultante du traitement est plus que négative : les injections d'héroïne paraissent déterminer une exagération de l'état anxieux et fournir un nouvel aliment aux idées délirantes. Cette action plutôt funeste de la diacétyl-morphine peut nous étonner à bon droit, attendu que l'opium et ses dérivés, surtout la morphine, ont toujours été considérés comme les sédatifs les plus énergiques de l'anxiété.

Sur nos sept malades, trois ne subissent aucune modification dans leur état mental (observations VII, VIII, X), tandis que chez les quatre autres (observations IX, XI, XII et XIII) le médicament augmente la dépression mélancolique. Ainsi, dans l'observation XII, la malade se montre moins anxieuse pendant les périodes de suspension du traitement ; dans ces intervalles elle est relativement calme, s'occupe un peu et s'alimente mieux. Dans l'observation XIII, le même phénomène se produit et la cessation complète du traitement est mar-

©BIUM

quée par un retour à un mieux sensible. Les malades qui font le sujet des observations IX et XI sont aussi plus tourmentées pendant la période des piqûres. Chez aucune nous n'avons trouvé cette euphorie, ce calme mental si fréquemment observé pendant le traitement méthodique par la morphine (Ritti) (1).

Non seulement il se produit généralement une exagération de l'état anxieux, mais encore les accidents du côté de l'appareil digestif, que les piqûres d'héroïne entraînent avec une déplorable fréquence, deviennent le point de départ d'idées délirantes multiples, et surtout de craintes d'empoisonnement, qui se surajoutent aux troubles primitifs.

Malgré les faibles doses employées, nous croyons devoir rapporter à l'intoxication par le médicament un véritable accès délirant caractérisé par des hallucinations terrifiantes de la vue avec recrudescence hypnagogique. Dans la soirée, la malade (observation XII) voit des cordages en feu, des hommes qui se mettent au guichet, lui tirent la langue ; elle aperçoit un boa qui grimpe le long du mur et cherche à pénétrer dans son lit, etc. Cet état rappelle de tout point l'hallucination toxique et surtout l'hallucination alcoolique. La cessation du médicament fait disparaître cet état hallucinatoire.

Si l'héroïne s'est montrée impuissante à améliorer l'état mental, elle n'en a pas moins agi à titre de simple hypnotique. Elle a procuré aux malades quelques phases de sommeil, quelquefois de suite après l'injection, mais le plus souvent dans le courant de la journée et de la nuit (observations VIII, IX, X, XIII). Chez deux autres malades (observations XI, XII) l'action hypnotique n'a pas été évidente.

---

(1) Ritti. Traitement de la mélancolie, in *Traité de thér.*, de Robin, p. 191.

©BIUM

Malgré les affirmations des auteurs qui, jusqu'à présent, ont étudié les propriétés physiologiques de l'héroïne, et surtout de Guinard et Saint-Martin, qui, dans leurs essais expérimentaux, n'ont noté que deux ou trois vomissements chez les animaux, et d'Arthaud et Gantin, qui, chez l'homme, n'ont jamais observé ni nausées, ni vomissements, même avec des piqûres de 0 gr. 01, nous sommes obligés d'avouer que le plus grand écueil à l'administration de l'héroïne chez les lypémaniaques consiste dans l'état nauséeux et les vomissements incessants qu'elle provoque. Toutes nos malades ont vomi plus ou moins, même à la dose minime de 0 gr. 003, et parfois la fréquence et l'intensité de ces accidents nous ont obligés à interrompre le traitement. Dans l'observation IX, toutes les piqûres, au nombre de dix-neuf, ont été suivies de vomissements multiples se répétant d'ordinaire dans tout le cours de la journée. Les deux plus favorisées de nos malades ont vomi abondamment à trois reprises. Il suffit de se reporter à nos observations pour se convaincre que cette action sur l'estomac est vraiment inquiétante et ne permet pas de faire chez les lypémaniaques un traitement méthodique prolongé, et, partant, peut-être efficace. On constate aussi qu'il ne paraît pas se produire d'accoutumance au médicament. Enfin, on peut être autorisé à attribuer aux troubles gastriques la fréquente exagération de l'état mental, la production de conceptions délirantes surajoutées.

Dans le cours de nos essais thérapeutiques nous avons été vivement frappés de nous trouver en contradiction absolue avec nos devanciers, de découvrir une action émétisante très prononcée à un médicament que l'on donnait comme ne provoquant même pas de nausées. Nous avons cherché à nous rendre compte de cette discordance dans les effets obtenus. Nous avons cru tout

©BIUM

d'abord devoir incriminer un état plus ou moins parfait du produit, la présence de traces d'apomorphine, etc. Nos solutions ont été analysées à plusieurs reprises par M. Bretin, chef des travaux à la Faculté, pharmacien à l'asile, et ce dernier corps n'a jamais été décelé « Exposée à l'air humide, l'héroïne n'a pas donné le verdissement caractéristique qui s'obtient avec des traces d'apomorphine. »

Nous avons changé trois fois de produit et n'avons utilisé que des solutions fraîchement préparées ; les mêmes troubles gastriques se sont reproduits chaque fois. Faut-il plutôt mettre en cause l'état nerveux spécial de nos malades ?

En dehors des troubles gastriques qui occupent une place prépondérante, nous avons remarqué, comme phénomènes secondaires et peu fréquents, des étourdissements, des troubles oculaires, de la faiblesse des jambes donnant à la malade l'attitude d'une personne ivre.

Nous n'avons pas retrouvé, après la piqûre, cette phase d'excitation que nous avons notée chez la plupart de nos maniaques.

Signalons enfin le dépérissement physique graduel de nos lypémaniaques du fait des vomissements journaliers. Une malade même a présenté des phases de sitiophobie. Dans le traitement par la morphine, au contraire, on remarque d'ordinaire l'amélioration progressive de l'état physique coïncidant avec l'atténuation de l'état anxieux, l'augmentation de l'appétit et de l'embonpoint.

Chez deux paralytiques générales très agitées, les injections d'héroïne ont donné des résultats à peu près semblables à ceux obtenus chez les excitées maniaques, c'est-à-dire une atténuation sensible de l'agitation et des effets hypnotiques très nets. Une seule de nos ma-

©BIUM

lades a vomi une fois avec une dose forte de médicament (0 gr. 01).

L'effet immédiat de l'injection se traduit chez l'une par une phase de sommeil et chez l'autre par une période d'excitation, phénomène que nous avons déjà observé chez la plupart de nos maniaques.

L'état général serait plutôt meilleur et l'appétit notablement augmenté.

Voici d'ailleurs ces deux observations :

Obs. XIV. — X..., trente-huit ans, sans profession, entrée à l'asile de Bron le 4 juillet 1900, atteinte de paralysie générale caractérisée par un affaiblissement général de l'intelligence et surtout de la mémoire, des conceptions puériles et vaguement mégalomaniaques, de l'embarras de la parole, etc.

Assez calme au moment de son entrée, la malade s'agite vers le 15 juillet, crie et chante une partie de la nuit, est gâteuse.

9 *août*. — Commencement des injections d'héroïne à la dose de 0 gr. 005 *pro die*.

10 *août*. — 0 gr. 005. La malade s'endort après l'injection pendant trois heures, paraît plus calme la journée et dort une partie de la nuit.

11 *août*. — 0 gr. 005. Plus calme après la piqûre. — Sommeille en marchant.

12, 13, 14, 15 *août*. — 0 gr. 005. La malade s'endort après l'injection, sommeille une partie de la journée et dort bien la nuit ; se tient mieux habillée, est bien moins pénible, s'alimente mieux ; constipation.

16 *août*. — 0 gr. 005. Epoques n'amenant aucune modification dans l'état mental signalé plus haut ; le mieux persiste jusqu'au 27.

27 *août*. — Augmentation de l'héroïne (0 gr. 01). Vomissements bilieux une heure après ; mange mal ; est très calme.

28 *août*. — Suppression des injections jusqu'au 2 septembre ; semble un peu agitée la nuit et le jour pendant ce temps.

2 *septembre*. — Reprise des piqûres à 0 gr. 005. Redevient un peu plus calme ; sommeil meilleur que pendant la suppression.

3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 *septembre*. — 0 gr. 005. La ma-

©BIUM

lade est « momie », suivant l'expression de l'infirmière ; pendant toute la journée dort bien.

12 *septembre*. — Suppression. La malade reste calme.

13, 14, 15, 16 *septembre*. — Le calme persiste ; la malade paraît entrer dans une phase de dépression.

Poids avant le traitement . . .	45	kilogrammes.
— le 18 août.	47	—
— le 28 août.	46	—
— le 21 septembre. . .	50	—

Température normale.

Résultats obtenus : — 1° Effets sédatifs et hypnotiques très nets ; la malade s'endort souvent de suite après la piqûre, parfois sommeille dans la journée, est plus calme, et son accès d'agitation disparaît à la suite du traitement.

2° Un vomissement bilieux avec une injection de 0 gr. 01.

3° Etat général meilleur.

Obs. XV. — X..., quarante-deux ans, débitante, entrée à l'asile de Bron le 16 mai 1900.

Antécédents. — Syphilis et alcool, pas de tares héréditaires connues.

État mental. — Paralysie générale avec délire mélancolique au début, inégalité pupillaire, troubles de la parole, réflexes rotuliens exagérés, affaiblissement général des facultés intellectuelles, tendance à la violence ; gâtisme.

Juin. — Même état.

Juillet. — La malade commence à s'agiter, crie une partie de la nuit.

1er *août*. — Toujours très agitée, ne dort pas, fait du bruit toute la nuit.

9 *août*. — Injection de 0 gr. 005 d'héroïne. Aucun résultat appréciable.

10 *août*. — 0 gr. 005. Plus calme après l'injection, dort une partie de la journée, a la figure moins rouge ; pas de vomissements.

11 *août*. — 0 gr. 005. La malade s'endort de suite après

©BIUM

l'injection, reste deux heures sans s'éveiller, la nuit est assez bonne.

12 et 13 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

14 *août*. — 0 gr. 005. Période d'excitation après l'injection. Un peu de constipation, nuit bonne.

15, 16, 17 *août*. — 0 gr. 005. La malade est calme toute la journée et la nuit, s'alimente bien.

18 *août*. — 0 gr. 005. Agitée après son injection; plus calme dans l'après-midi; dort bien.

19 et 20 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

21 *août*. — 0 gr. 005. Un peu plus tranquille.

Du 21 au 26 *août*. — 0 gr. 005. Même état.

26 *août*. — 0 gr. 005. Agitée toute la journée et surtout après son injection.

27 *août*. — 0 gr. 005. Agitation persistante.

28 *août*. — Suppression de l'héroïne jusqu'au 2 septembre, la malade est plus agitée et dort moins la nuit depuis la cessation du traitement.

2 *septembre*. — Chlorhydrate d'héroïne, 0 gr. 005. Dort une partie de la matinée, puis s'agite dans la soirée et dans la nuit.

3 *septembre*. — 0 gr. 005. Même état.

4 *septembre*. — 0 gr. 005. Accès d'agitation immédiatement après la piqûre. A crié pendant une partie de la nuit.

5 et 6 *septembre*. — 0 gr. 005. Toujours agitée.

7 *septembre*. — Accès d'agitation immédiatement après la piqûre; dort une partie de l'après-midi; la nuit est plus calme.

8 *septembre*. — 0 gr. 005. Calme toute la journée; un peu excitée la nuit.

9 *septembre*. — 0 gr. 005. Un peu d'excitation.

10 *septembre*. — 0 gr. 005. Journée bonne.

11 *septembre*. — 0 gr. 005. Même état.

12 *septembre*. — Suppression des injections. La malade est calme pendant la journée, se réagite la nuit.

13 *septembre*. — L'agitation augmente, la malade devient méchante, cherche à mordre.

14 *septembre*. — Agitation violente.

Poids de la malade avant le traitement.		49	kilogrammes.
—	au 18 août.	50	—
—	au 28 août.	51	—
—	au 14 septembre . .	49	—

Température toujours normale.

©BIUM

Résultats obtenus. — 1° L'héroïne produit une sédadation assez marquée de l'agitation, surtout de l'agitatation nocturne;

2° Pas de vomissements à signaler ; appétit meilleur;

3° La piqûre est d'ordinaire suivie d'une période d'excitation ;

4° L'état général reste bon.

L'observation suivante n'est intéressante qu'à cause des effets hypnotiques certains produits par le traitement, sans amélioration de l'état mental. Là, comme dans la majorité de nos observations, nous devons signaler des vomissements.

Une affection intercurrente survenue chez la malade, nous a empêchés de ponrsuivre nos recherches thérapeutiques.

Obs. XVI. — X..., vingt-cinq ans, novice, entrée à l'asile le 26 avril 1900. — Cette malade ne parlant pas le français ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels. État mental caractérisé par des phases d'excitation maniaque alternant avec des périodes de mélancolie stupide.

10 *août.* — La malade paraît triste, ne parle pas et ne fait aucun mouvement, s'alimente légèrement, mais ne mange pas seule, est gâteuse jour et nuit.

11 *août.* — 0 gr. 005 d'héroïne. Une heure après, la malade se plaint d'avoir mal au cœur, puis vomissements glaireux plusieurs fois dans la journée.

12 *août.* — 0 gr. 005. Aujourd'hui pas de vomissement, la malade est toujours de même, ne fait aucun mouvement, mange et dort.

13, 14, 15, 16, 17 *août.* — 0 gr. 005. Pas de vomissement. Même état mental.

18 *août.* — 0 gr. 005. Pas de vomissement, refuse de manger, dort bien.

19 *août.* — 0 gr. 005. La malade dort nuit et jour ; ne parle pas, est gâteuse, mange très peu ; pas de vomissement.

20, 21 *août.* — 0 gr. 005. Même état que le 19.

©BIUM

22 *août*. — 0 gr. 005. Pas de vomissement, ne s'alimente que tous les deux jours, dort continuellement.

23 *août*. — 0 gr. 005. Même situation.

24 *août*. — 0 gr. 005. Vomissements répétés un moment après l'injection, refuse de manger, dort nuit et jour.

25 *août*. — 0 gr. 005. Pas de vomissement, même état mental ; dort continuellement.

26, 27 *août*. — 0 gr. 005. Même situation que le 25.

28 *août*. — Suppression de la médication par suite d'une diarrhée cholériforme.

1er *septembre*. — Selles nombreuses ; mauvais état général.

6 *septembre*. — Amélioration physique, même état mental, dort moins qu'avec l'héroïne.

17 *septembre*. — Tendance à l'excitation ; toujours gâteuse, dit quelques mots, rit, pleure, s'alimente mieux.

Poids avant le traitement . . .	43 kilogrammes.
— le 22 août	41 kil. 500.
— le 17 septembre	37 —

Résultats obtenus. — 1° Aucune influence sur l'état mental.

2° Vomissements à deux reprises :

a) à la première piqûre,

b) à la quatorzième.

3° L'héroïne est un excellent hypnotique chez cette malade, surtout du 18 août jusqu'au moment de la suppression.

4° Amaigrissement provoqué par la diarrhée.

Enfin, pour clore la série de nos observations, rapportons le cas d'une imbécile agitée chez qui l'héroïne a produit, outre des vomissements répétés à la suite de chaque piqûre, des phénomènes graves d'intoxication avec tendance au collapsus.

Obs. XVII. — X..., trente-cinq ans, entrée le 20 août 1900. Comme antécédent héréditaire, père paralytique ; dans les antécédents personnels, on relève la syphilis et quelques excès alcooliques.

©BIUM

L'état mental à l'entrée est caractérisé par de l'insuffisance intellectuelle avec conceptions mégalomaniaques et agitation ; quelques stigmates de dégénérescence.

26 *août*. — 0 gr. 005. Après l'injection de chlorhydrate d'héroïne la malade présente une phase d'excitation marquée ; elle gesticule, parle de son cousin X..., personnalité médicale de Lyon, prétend qu'elle est enceinte et veut s'en aller bien vite. Cette phase d'excitation dure environ de dix minutes à un quart d'heure ; à ce moment la malade vomit, titube comme si elle était ivre, rit sans raison, puis se couche sur un banc, disant que ses jambes ne peuvent plus la porter. Le pouls est moins rapide, la température baisse, on la couche dans son lit, on la réchauffe (café, toniques, etc.) ; mais toute la journée la malade reste déprimée et ne reprend son état normal que le lendemain.

Du 27 *août* au 6 *septembre* pas d'injection et aucune modification intéressante à signaler dans l'état mental ; recrudescence légère de l'agitation surtout le 2, à l'occasion des époques.

6 *septembre*. — 0 gr. 005. La malade a vomi de suite après son injection ; les vomissements se sont répétés trois fois dans la journée ; croit que ces vomissements sont symptomatiques d'une grossesse ; très calme la nuit.

7 *septembre*. — 0 gr. 005. Plusieurs vomissements dans la journée ; même état mental.

8 *septembre*. — 0 gr. 005. Encore plusieurs vomissements. Calme.

9 *septembre*. — 0 gr. 005. Trois vomissements ; plus agitée, mais dort bien.

10 *septembre*. — Pas de vomissement ; plus calme.

11 *septembre*. — Même état.

12 *septembre*. — Suppression du médicament.

13, 14, 15 *septembre*. — Agitation persistante.

16, 17, 18 *septembre*. — La malade présente toujours les mêmes réactions maniaques.

Poids avant le traitement . . .	57	kilogrammes.
— le 11 septembre.	57	—
— le 15 septembre	57 500	

Température normale.

Résultats obtenus : — 1° La malade est plus calme et dort mieux la nuit.

©BIUM

2° Vomit presque chaque fois qu'on lui fait une piqûre.

3° La première injection amène des phénomènes graves d'intoxication.

4° L'état général est bon.

Et maintenant qu'il nous faut conclure, il nous paraît bien difficile de tirer des déductions pratiques de l'étude de nos dix-sept observations.

Si nous avons expérimenté l'éther diacétique de la morphine, c'est que, nous le répétons, d'après les recherches de nos prédécesseurs, il semblait qu'on se trouvait en face d'un médicament pouvant rendre des services réels en psychiatrie, et possédant les propriétés qu'on exige d'un hypnotique idéal et d'un sédatif parfait du système nerveux.

Nos résultats n'ont pas été ce que nous étions en droit d'attendre de l'héroïne.

A part son *action hypnotique évidente chez les maniaques*, où la morphine paraît moins efficace, nous ne croyons pas que les lypémaniaques anxieux puissent retirer de cette médication aucun bénéfice, et même les accidents qu'elle nous a donnés (nausées, vomissements, intolérance etc.) nous paraissent suffisants pour proscrire son emploi dans cette catégorie de malades.

Faut-il invoquer chez les anxieux une question de susceptibilité spéciale, d'idiosyncrasie vis-à-vis de ce nouveau corps? Nous le croyons volontiers en présence des remarquables résultats de Guinard, Arthaud, Gantin, etc., et nous espérons que de nouvelles recherches faites dans un autre sens, et sur un terrain différent, viendront confirmer les heureux effets de l'héroïne obtenus par ces auteurs.

©BIUM

Médecine légale

—

RESPONSABILITÉ DES DIRECTEURS ET MÉDECINS

D'ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

EN CAS DE SUICIDE DE L'UN DE LEURS PENSIONNAIRES

Par le Dr J. CHRISTIAN,

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Les médecins doivent-ils être tenus pour responsables des accidents qui arrivent aux malades confiés à leurs soins ? Cette question, qui s'est posée dès l'origine de la médecine, a été diversement résolue, les uns penchant pour l'irresponsabilité absolue, les autres au contraire ne voulant pas d'une exception pour le corps médical. « Nul en France, dit Legrand du Saulle, ne doit pouvoir se placer au-dessus de la loi ; — d'ailleurs le médecin est en général trop sûr de lui pour que la responsabilité puisse lui paraître lourde (1). »

C'est aussi l'opinion de notre vieux maître de Strasbourg, le professeur Tourdes, qui dit que chaque fois qu'il y a, de la part du médecin, faute lourde, erreur grossière, négligence coupable — il doit en porter la peine (2).

(1) Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale*, 2e édit., Paris, 1886, p. 1324.

(2) Tourdes et Metzquer, *Traité de médecine légale*. Paris, 1896, p. 72.

©BIUM

Mais, comme Tourdes le fait remarquer, la difficulté consiste dans l'application aux cas spéciaux. Tout, en pareille matière, est question d'espèce, et c'est au tribunal compétent à décider, dans chaque cas particulier, si au médecin incriminé doit être faite l'application, soit des articles 1382 et 1383 (1) du Code civil, qui établissent la responsabilité civile, soit des articles 319 et 320 du Code pénal pour la responsabilité pénale (2).

Il existe dans les annales de la médecine légale, assez de procès sensationnels dans lesquels ces questions se sont posées et ont été diversement résolues. Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de publier le cas suivant, car il n'est pas d'asile d'aliénés ni de maison de santé dans lesquels ne se soit présenté un fait analogue.

Observation. — D..., clerc de notaire, âgé d'environ quarante ans, est placé à la maison de Charenton, en décembre 1880. C'est un mélancolique avec idées vagues de persécution, craintes imaginaires, anxiété. Les troubles mentaux datent d'un an environ et se sont progressivement aggravés. On nie toute hérédité ; dix ans auparavant, D... avait eu une crise semblable, moins forte, de courte durée.

---

(1) Article 1382. Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Article 1383. Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence et son imprudence.

(2) Article 319. Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou inobservation des règlements, aura commis volontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 à 600 francs.

Article 320 (modifié par la loi du 13 mai 1863). S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précautions que des blessures ou coups, le coupable sera puni de six jours à deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 16 à 100 francs, ou de l'une des deux peines seulement.

©BIUM

Au moment de son admission, le malade était pâle, amaigri ; il faisait des difficultés pour manger, souffrait d'une constipation opiniâtre ; il répond à peine aux questions qu'on lui fait ; la parole est lente, embarrassée ; la confusion des idées extrême. On pouvait, à ce moment, craindre une paralysie générale.

Ce pronostic ne se réalisa pas. Sous l'influence du traitement, tout s'améliora peu à peu ; sept mois plus tard, en juillet 1881, D... sortait guéri et retournait à ses occupations.

Il resta en bonne santé pendant près de dix ans ; ce n'est qu'en 1891 qu'il fut pris d'un nouvel accès, en tout semblable au premier, qui évolua de même, et se termina, lui aussi, par la guérison après un traitement de dix mois environ. Cette fois encore, il me fut impossible de trouver d'autres causes que les banalités habituelles, contrariétés, ennuis, etc. Guéri, D... retourna à son étude de notaire et reprit ses fonctions de principal clerc. Il resta bien portant pendant six ans. Au commencement de 1898, troisième accès, identique aux deux premiers, mais plus intense. Quand D... rentra à Charenton pour la troisième fois (mai), il était extrêmement anxieux, ne parlait que de ruine, de déshonneur ; il était perdu, sa femme allait être dans une profonde misère ; son fils, qui devait faire son service militaire, n'en reviendrait sûrement pas, etc. D... avait jusqu'à un certain point conscience de son délire, car il avait demandé lui-même à revenir à Charenton, et, rentré dans mon service, il se disait tout à fait heureux et rassuré. Il est à noter que, malgré ses idées de ruine et de déshonneur, et quoiqu'il se crût menacé de l'échafaud, jamais, ni dans les accès antérieurs ni dans celui-ci, il n'avait manifesté aucune idée de suicide ; jamais il n'avait essayé de se détruire (1). Aussi, le voyant tranquillisé, constatant d'ailleurs que les symptômes observés étaient les mêmes que dans les deux premiers accès, j'autorisais D... à aller se promener dans le parc

(1) On parlait bien d'excès alcooliques commis dans les derniers temps ; mais je n'ai pu constater aucun symptôme évident d'alcoolisme.

©BIUM

avec les autres pensionnaires, sous la surveillance, bien entendu, des infirmiers du service.

Rien de particulier ne s'était produit ; vers le soir, la pluie menaçant, on se hâta de quitter le parc ; les infirmiers s'occupaient de réunir les pensionnaires de leurs quartiers respectifs ; D... se trouva seul un instant au bord du chemin qu'il devait suivre pour rentrer. Juste à ce moment, une lourde charrette chargée de bois traversait le parc ; cette charrette marchait au pas, le conducteur en tête, près des chevaux. Au moment précis où la voiture arrivait à sa hauteur, D... se précipita sous la roue, qui lui écrasa la tête en même temps qu'elle lui broyait le côté externe de la main gauche. La mort dut être instantanée ; ce qu'il y eut de singulier, c'est que le conducteur ne se douta de rien et continua son chemin.

Quelques instants après, on trouvait le cadavre de D... étendu par terre, la tête à l'état de masse informe, aplatie dans l'ornière de la voiture, au milieu d'une mare de sang et de débris de cervelle.

Personne n'ayant assisté à ce drame, on ne saurait dire comment les choses se sont passées. J'imagine que D... a cédé à une impulsion subite, que rien ne pouvait faire prévoir, et que l'idée de se détruire a surgi au moment même où la voiture arrivait, et a été immédiatement réalisée.

Plus tard, me rappelant que la grande préoccupation du malade était le départ de son fils pour l'armée, j'ai pensé que l'idée avait dû surgir que, s'il disparaissait, son fils, devenu fils de veuve, serait exonéré du service militaire. Et cette idée soudaine, une circonstance fortuite lui avait permis de la mettre aussitôt à exécution.

Aucune surveillance n'aurait pu empêcher ce triste événement. Nous savons par expérience combien, malgré toutes les précautions imaginables, il est difficile, voire même impossible, d'empêcher les aliénés en proie

©BIUM

aux idées de suicide de réaliser leurs projets. Il arrive toujours un moment où la vigilance des gardiens se trouve en défaut, et il suffit de cet instant pour que le suicide ait lieu.

Et cela est si vrai et si universellement admis, que dans les tableaux statistiques que nous sommes tenus de remplir chaque année, il y a une colonne spécialement réservée aux *décès par suicide*.

Dans le cas actuel, il s'agit d'une impulsion soudaine ; comment prévenir un acte que rien, absolument rien, ne permettait de prévoir ? ou de supposer même possible ? Je me rappelle un fait qui s'est passé sous mes yeux, il y a plus de vingt ans, et qui m'avait profondément impressionné. Un matin, faisant ma visite quotidienne à l'infirmerie, je venais de passer près du lit d'un malade atteint de délire de persécution. Il m'avait fait ses récriminations habituelles ; je me détournais pour aller au lit voisin, quand soudain j'entendis un grand cri, et je vis rouler à mes pieds, la tête ensanglantée, le malade auquel je venais de parler. Il s'était levé subitement, et s'était précipité, la tête en avant, de toutes ses forces, contre le montant en pierre de la porte. Il en était résulté une affreuse plaie contuse du crâne, qui cependant guérit facilement.

Ce malade est encore dans mon service ; son état mental est resté le même ; jamais, depuis, il n'a fait de nouvelle tentative. Lui aussi avait certainement obéi à une impulsion soudaine. La scène se passait dans une salle d'infirmerie : j'avais près de moi mes internes, les surveillants, la religieuse et les infirmiers du service ; nous étions au moins huit personnes, entourant le malade, et nous n'avions eu le temps de rien voir, de rien empêcher !

Si j'ai rapporté assez longuement l'histoire de X..., ce n'est pas que je lui trouve un intérêt clinique spécial ;

©BIUM

à tout prendre, l'observation est banale, et telle que tous, nous en avons rencontré de pareilles. Mais ce suicide a eu un épilogue inattendu.

Environ un an après la mort de X..., sa veuve et son fils intentèrent une action contre le directeur de la maison de Charenton, réclamant, la veuve, une pension viagère de 1.000 francs, le fils une somme de 10.000 francs, à titre de réparation du préjudice que leur avait causé la mort de leur mari et père, « mort qui ne pouvait être « attribuée qu'à un défaut de surveillance engageant « gravement la responsabilité de l'administration ».

C'est la première fois que j'ai vu un pareil fait ; depuis quarante ans, dans les différents asiles où je me suis trouvé, il s'est produit un certain nombre de suicides ; car, comme je le faisais remarquer plus haut, ce sont de ces malheurs, qu'il est impossible d'éviter, même dans les maisons les mieux tenues, les mieux surveillées. Jamais cependant aucune famille n'avait eu l'idée d'en tirer profit.

Cette fois, à l'occasion de la mort de X.., il y eut procès ; l'affaire parut devant la première Chambre du Tribunal de la Seine, présidée par M. le président Dubost (audiences des 16 et 23 février 1900). Il me paraît intéressant de donner le texte du jugement :

Le Tribunal,

Ouïs Me Constant, avocat des Consorts X... et Me Doumerc, avocat de la maison nationale de Charenton,

Attendu que X..., qui avait déjà fait deux séjours à la Maison nationale de Charenton du 3 décembre 1880 au 12 juillet 1881 et du 5 mai 1891 au 23 février 1892, y rentre le 21 mai 1898 présentant comme dans le passé les symptômes d'un délire lypémaniaque et se croyant capable de commettre tous les crimes ;

Attendu toutefois que le médecin attaché à l'établissement, tout en constatant que le nouvel accès ressem-

©BIUM

blait absolument aux deux précédents, remarqua que le malade, qui avait demandé lui-même de rentrer à l'asile, avait conscience de son état, qu'il se sentait heureux et rassuré d'y être revenu, qu'il dormait et mangeait de bon appétit;

Attendu que X... obtint dans ces conditions la permission d'aller dans l'après-midi se promener dans le parc avec les autres pensionnaires ;

Attendu que le 24 mai 1898, vers la fin de la promenade, au moment où les pensionnaires allaient rentrer dans leurs quartiers, X..., qui se trouvait sur la route carrossable du parc, se jeta à plat ventre sous une lourde charrette chargée de bois, et la figure tournée vers la roue ;

Attendu que la roue lui passa sur la tête, qu'elle écrasa littéralement, en même temps qu'elle broyait le côté externe de la main gauche ;

Attendu que le conducteur de la voiture, placé en tête de ses chevaux ne s'étant aperçu de rien, avait continué la route et que ce ne fut que quelque temps après qu'on retrouva le cadavre de X... couché sur la route, la tête à l'état de masse informe et au milieu d'une mare de sang ;

Attendu que de l'information à laquelle il a été procédé par le commissaire de police de Charenton, il résulte que la mort de X... doit être attribuée à un suicide par écrasement;

Attendu dans ces conditions que la veuve X..., et Paul X..., ont, suivant exploit du 1er avril 1899 assigné la Maison nationale de Charenton pour s'entendre condamner à payer à la veuve X..., une rente annuelle et viagère de 1.000 francs devant courir du jour de l'accident, et à Paul X... une somme de 10.000 francs avec les intérêts à partir de la même époque ;

Attendu que les demandeurs soutiennent que la mort de leur époux et père ne peut être attribuée qu'à un défaut de surveillance de la part de la Maison de Charenton qui ne fait point garder ses pensionnaires pendant leurs promenades par un nombre suffisant d'infirmiers et qui a le tort de laisser entrer des voitures dans le parc pendant que les malades s'y promènent ;

Qu'ils ajoutent en ce qui concerne X..., qui venait

©BIUM

d'arriver dans l'établissement et dont l'intention ne pouvait être exactement connue, qu'il aurait dû être confié à un gardien spécial ;

Mais attendu qu'il est constant et au surplus qu'il n'est point dénié que, le 24 mai 1898, les pensionnaires, au nombre de cent quinze, étaient surveillés pendant leur promenade par sept infirmiers qui étaient dirigés par un chef, et que tous étaient postés aux endroits par lesquels les malades auraient quelques facilités de s'échapper ;

Attendu que cette surveillance qui était celle ordinairement exercée, paraît suffisante, étant donné que le régime adopté pour les aliénés tend à leur donner chaque jour une plus grande liberté et à diminuer par conséquent la nécessité d'une surveillance sévère, tout au moins pour les malades qui n'ont jamais manifesté l'idée de se détruire et qui ne sont point dangereux ;

Attendu que les pensionnaires autorisés à se promener dans le parc sont précisément ceux dont l'état de santé n'offre rien de dangereux ni pour eux-mêmes ni pour autrui et qu'il faut considérer que les prévisions des hommes les plus compétents peuvent en matière d'aliénation mentale être déjouées par des impulsions subites des malades qui, quand ils sont hantés notamment par une idée de suicide, qu'ils savent avec une grande finesse dissimuler, la mettent à exécution en trompant par mille moyens la vigilance de leurs gardiens ;

Attendu que l'acte de X..., qui était revenu à Charenton de son plein gré et qui n'avait jamais manifesté aucune idée de suicide, dont l'accès avait paru semblable aux deux premiers, c'est-à-dire peu grave et n'inspirant aucune crainte sérieuse, ne peut être attribué qu'à une de ces impulsions soudaines et irrésistibles que les précautions les plus grandes ne peuvent empêcher ni prévenir ;

Attendu que l'on ne peut donc imputer à faute à la maison nationale de Charenton un défaut de surveillance, et de n'avoir point donné à X... un gardien spécial puisque son état n'offrait rien qui pût faire soupçonner la hantise dont il a été l'objet et que les symptômes d'excès alcooliques qui avaient pu être constatés

©BIUM

n'étaient point manifestes et avaient paru dans tous les cas devoir se dissiper rapidement;

Attendu enfin que la circulation d'une voiture dans le parc sur une route carrossable ne peut être à aucun titre considérée comme une imprudence, alors que les ordres étaient donnés pour qu'elle marchât au pas et qu'en fait son allure ne saurait être et n'était, à cause de son chargement, que des plus modérées;

Attendu, en conséquence, que les torts allégués par les demandeurs à l'encontre de la maison nationale de Charenton ne sont point caractéristiques de la faute qui peut entraîner une responsabilité civile et qu'il échet dès lors de les débouter de leur demande;

Par ces motifs,

Déclare la veuve et Paul X... non recevables, en tout cas mal fondés dans toutes leurs demandes, fins et conclusions, les en déboute,

Et les condamme aux dépens.

Ce jugement est devenu définitif, la famille X.., n'en ayant pas appelé.

Il serait évidemment à désirer qu'il établît la jurisprudence, et cela dans l'intérêt même des aliénés. Car si les médecins et les directeurs des asiles devaient être tenus pour responsables des accidents *fortuits* pouvant se produire parmi leurs pensionnaires, il arriverait fatalement que les admissions deviendraient de plus en plus difficiles, et qu'on y regarderait à deux fois avant d'admettre un aliéné dont on aurait à redouter, soit un suicide, soit des actes de violence. Mais il est bien entendu que je ne parle que des accidents *fortuits*, de ceux qu'aucune surveillance n'aurait su empêcher ni prévenir d'une façon absolue. Quand les choses se passent différemment, quand il y a eu réellement faute de la part du médecin, le tribunal condamne; et justement voici un autre jugement, rendu également par le tribunal de la Seine, qui, dans un cas de suicide d'une

©BIUM

pensionnaire, condamne le médecin à des dommages-intérêts. Nous trouvons ce jugement dans le journal *Le Temps* (n° du vendredi 30 mars 1900) :

Le 29 juin dernier, une pauvre jeune fille atteinte d'une affection nerveuse, qui l'avait déjà poussée deux fois à attenter à ses jours, se suicidait dans la maison de santé du docteur D..., où elle avait été placée par ses parents. Elle avait été soumise à une surveillance étroite, en raison de son état de surexcitation ; mais elle trouva moyen de la déjouer de la manière suivante :

Conduite sur sa demande aux water-closets par la surveillante attachée à sa personne, elle la repoussa brusquement au moment où elle entrait, tira la porte sur elle et ferma le verrou intérieur. La surveillante, ne pouvant forcer la porte, dut aller chercher de l'aide ; mais, quand, après des efforts prolongés, on finit par pénétrer, on ne put que constater que la malade s'était pendue à l'extrémité supérieure de la crémone de la fenêtre à l'aide d'une bande de toile de 10 centimètres de largeur sur 2 m. 10 de longueur. Tous les soins employés pour la rappeler à la vie furent inutiles, la strangulation avait été complète.

C'est dans ces conditions que M. G..., père de la jeune fille, a assigné le docteur D..., en responsabilité devant les tribunaux. Il lui réclamait une somme de 10.000 francs à titre de dommages-intérêts, à raison de son défaut de surveillance.

Il lui reproche notamment la disposition défectueuse de la fermeture des water-closets, qui a pu permettre à la malade de se soustraire à la vigilance de sa surveillante, et ce grief serait d'autant plus fondé, suivant la prétention de M. G..., qu'il affirme avoir appelé d'une façon toute spéciale l'attention du docteur D..., sur le danger que pouvaient présenter les cabinets, et qu'on lui aurait répondu : « Oh ! c'est là moins que partout ailleurs que la malade pourrait tenter quelque chose contre elle-même ! »

Le docteur D... n'a pas conclu.

En conséquence, la premièrs chambre du tribunal, présidée par M. Baudouin, a condamné par défaut, faute

©BIUM

de conclure, le docteur D... à payer à M. G..., la somme de 10.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Ce jugement a été rendu par défaut, il n'y a pas eu de débat contradictoire. Notre confrère en a-t-il appelé ? Est-il parvenu à faire réformer cette décision ? Je l'ignore, mais il serait intéressant de le savoir, et, le cas échéant, nous en informerions les lecteurs des *Annales*.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1898

Archives de neurologie.

I. — *Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale ;* par les Drs J. Tessier et Joanny Roux (numéros de janvier et février). — La syphilis peut frapper l'encéphale de façons très diverses et, malgré la diversité des lésions, les symptômes sont toujours sensiblement les mêmes. Cependant on peut arriver quelquefois au diagnostic de la variété anatomique de la lésion :

1° Dans la syphilis artérielle, il y a un mélange de phénomènes de déficit et de phénomènes irritatifs ; mais les premiers dominent la scène, les seconds sont réduits au minimum. Les troubles moteurs sont représentés par la paralysie flasque, rarement par l'épilepsie. Il y a peu de troubles de la sensibilité, peu de céphalalgie, quelques troubles passagers de la sensibilité générale (engourdissements, fourmillements, etc.), pas de phénomènes pupillaires ;

2° Dans la syphilis méningée, les phénomènes irritatifs, au contraire, dominent. L'attaque épileptiforme est particulièrement fréquente ; les paralysies sont accompagnées de phénomènes spasmodiques. Les troubles de la sensibilité sont fréquents : céphalalgie tenace accompagnée souvent par des troubles délirants et impulsifs (suicide et homicide) ; hyperesthésies, douleurs vives dans les membres, le tronc, les viscères. Ce qui distingue ces troubles, c'est leur permanence. Les troubles sensoriels sont fréquents (névrite optique) ;

3° La syphilis gommeuse (gommes restant dans l'épaisseur de l'encéphale) occasionne à la fois des symptômes de déficit et des symptômes irritatifs ; les premiers varient selon la région

©BIUM

cérébrale détruite ; les seconds relèvent de la symptomatologie des tumeurs cérébrales.

Il faut tenir compte, dans les trois cas, des symptômes dus aux intoxications et aux auto-intoxications.

II. — *Les troubles trophiques de la paralysie générale. Etude clinique et statistique ;* par P. Cololian (numéros de janvier et de mars). — Les malades observés étaient au nombre de 57 dont 33 hommes et 24 femmes ; 9 d'entre eux n'ont présenté aucun trouble trophique pendant les examens ; 48 ont présenté de ces troubles. Dans la majorité des cas, ils ont eu plusieurs troubles à la fois. En les dénombrant, on arrive au chiffre de 102 troubles trophiques ayant affecté 48 paralytiques généraux. Voici la statistique de l'auteur :

Alopécie.	26 fois sur 57, soit	45,61	p. 100.
Troubles des dents.	19 —	33,33	—
Troubles des ongles.	17 —	29,82	—
Ichthyose.	11 —	19,30	—
Escarre.	8 —	14,04	—
Bulles	5 —	8,77	—
Œdème.	4 —	7,02	—
Zona.	3 —	5,26	—
Amaigrissement. .	3 —	5,26	—
Purpura.	2 —	3,51	—
Pigment	1 —	1,75	—
Hématurie	1 —	1,75	—
Mal perforant. . .	1 —	1,75	—
Erythème.	1 —	1,75	—
Amyotrophie . . .	1 —	1,75	—

III. — *Note sur le cas tératologique complexe d'un aliéné (gigantisme, féminisme, cryptorchidie) ;* par les Drs Samuel Garnier et Santenoise (numéro de mars). — Observation clinique intéressante avec phototypies et autopsie.

IV. — *Contribution à l'étude de la descendance des invertis* par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (numéro d'avril). — A côté de perversions acquises qui peuvent se développer à tout âge, il faut distinguer celles dont on retrouve les premières manifestations à l'époque de l'éveil de la fonction génitale. C'est à ce groupe de perversions congénitales qu'on réserve particulièrement le nom d'inversion sexuelle. Cette anomalie, peut, tout comme le daltonisme, la nyctalopie, se transmettre héréditairement, soit au même degré, soit en s'aggravant ; d'autres fois, elle se manifeste chez plusieurs individus d'une même génération sans qu'on puisse remonter à un ascendant commun.

©BIUM

L'analogie de ces familles avec les familles tératologiques est frappante.

Quelle que soit la forme de l'inversion sexuelle, si elle est congénitale, elle résiste à tous les traitements. Aussi est-il permis de mettre en doute l'utilité du traitement et même la légitimité de la tentative. L'entraînement des invertis à la chasteté est l'indication fondamentale de leur éducation ; les tentatives de redressement de l'instinct ne peuvent aboutir qu'à faire de l'inverti un débauché ou un mari malheureux.

A l'appui de ces idées doctrinales, l'auteur présente deux observations extrêmement intéressantes qu'il faut lire en entier.

V. — *Idiotie hydrocéphalique acquise ;* par les Drs Bourneville et J. Noir (numéro d'avril). — Observation clinique intéressante pour l'étude de l'hydrocéphalie.

VI. — *Le délire mélancolique;* par les Drs Ch. Vallon et A. Marie (numéros de mai et juin). — Dans le groupe des mélancolies, on peut distinguer des types de mélancolie vraie, essentielle, ayant des caractères particuliers, une évolution spéciale ; et, à côté, de simples idées mélancoliques occupant dans l'ensemble symptomatique une place accessoire. Quand le délire mélancolique vrai passe à l'état chronique, il se systématise, se cristallise, si l'on peut ainsi parler, comme le délire de persécution.

Telles sont les conclusions qui découlent de cette étude clinique et que les auteurs formulent comme un résumé de leur mémoire.

VII. — *Sur un cas de paralysie générale juvénile avec lésions tabétiformes des cordons postérieurs ;* par le professeur Joffroy et le Dr Rabaud (numéro de juillet). — Cas clinique dont l'étude histologique montre que les lésions tabétiques de la paralysie générale sont d'une nature particulière et que le système des fibres endogènes est presque exclusivement frappé. Le cas tire un plus grand intérêt de ce fait qu'il s'agit d'une paralysie générale juvénile.

VIII. — *Note sur les idées de négation ;* par M. Trénel. — L'auteur veut démontrer, à l'aide de trois observations cliniques et en s'appuyant sur les travaux de Cotard et Séglas, que les idées de négation peuvent se rencontrer dans les conditions les plus variées, comme symptôme précoce, isolé et parfois passager de la mélancolie, et ne sont pas nécessairement un indice de chronicité. Cette démonstration avait déjà été faite d'une façon très complète par Camuset dans son rapport au

©BIUM

Congrès de Blois. M. Trénel semble ignorer le travail très estimable de Camuset.

IX. — *Sur les lésions spinales de la paralysie générale ;* par le Dr Anglade (numéro d'août). — Ce travail fait au laboratoire de l'asile de Toulouse à l'aide des matériaux recueillis dans l'établissement, tend à établir qu'il y a chez tous les paralytiques des lésions diffuses de la moelle frappant à la fois les substances blanche et grise.

Prises dans leur ensemble, ces lésions ressemblent comme topographie et processus à celles que produisent les intoxications par les poisons minéraux, les poisons organiques et les toxines. Ces lésions n'ont donc rien de caractéristique.

X. — *Guérison d'un délire chronique systématisé non lié à la dégénérescence ;* par le Dr A. Paris (numéro d'août). — Voici le sommaire de cette observation clinique : délire systématisé de persécution et de grandeur. Pas de signes antérieurs de dégénérescence. Fièvre typhoïde suivie de guérison de la maladie mentale.

M. Paris en conclut que le délire chronique n'est actuellement incurable que parce que nous en ignorons les causes et la nature intime.

On pourra objecter à M. Paris que le diagnostic de *délire chronique* n'était peut-être pas justifié, car nous ne voyons nulle part signalées dans l'observation les hallucinations de l'ouïe ; le cas semble en effet se rattacher à la folie raisonnante, forme où les rémissions sont loin d'être exceptionnelles.

XI. — *A propos de cinquante cas de fièvre typhoïde chez les aliénés ;* par M. Roger Yvert (numéro d'août). — Dans deux cas de manie seulement la maladie intercurrente a paru amener l'amélioration de l'état mental. Pour M. Yvert, ce n'est qu'une apparence ; peut-être cependant est-il dans l'erreur.

XII. — *Note sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques ;* par MM. Jules Voisin et A. Manté (numéro de septembre). — Chez les malades présentant des attaques en série, le maximum d'élimination est retardé ; la disparition du bleu, au lieu de se faire vers la trentième ou la quarantième heure, n'avait lieu souvent que vers la centième ou même la cent dixième heure. Dans certains cas, l'élimination a été à peu près normale ; c'était chez des malades sur le point d'entrer dans une période intercalaire. D'après les expériences de divers auteurs, l'élimination du bleu est parallèle à celle des toxines, ce qui confirme les idées exposées par M. Voisin relativement

©BIUM

au rôle de l'intoxication dans la pathogénie des accès épileptiques.

XIII. — *Tuberculose et aliénation mentale. Contribution à l'étude de leurs rapports ;* par le Dr A. Paris (numéro d'octobre). — M. Paris n'admet pas la *folie tuberculeuse* et il a bien raison; mais les deux observations qu'il présente ne démontrent pas que la tuberculose ne joue aucun rôle dans la pathogénie de certaines psychoses.

XIV. — *Hépatisme et psychoses;* par le Dr A. Cullerre (numéro de novembre). — Voici le résumé de ce travail, qui repose sur plusieurs observations cliniques :

Il y a lieu d'accorder une importance réelle, au point de vue étiologique, aux lésions et aux troubles fonctionnels du foie dans les maladies mentales ;

Dans la majorité des cas, le trouble hépatique vient se joindre à d'autres causes pour en grossir la puissance et en augmenter l'action nocive sur le cerveau ;

Son action directe et exclusive nous paraît moins évidente, tant en raison de la complexité de ses fonctions physiologiques incomplètement élucidées que de la nature des faits décrits sous le nom de *folie hépatique* ;

Ces observations, en effet, de l'aveu même des auteurs qui les ont publiées, se présentent sous des formes délirantes variables et multiples semblant à la vérité révélatrices d'une auto-intoxication, mais d'une auto-intoxication qui n'a rien de spécifique ;

Chez les alcooliques, le foie progressivement lésé ou troublé dans ses fonctions peut intervenir pour hâter l'apparition du délire et de la folie ; mais son action n'ôte rien de sa valeur à la puissance pathogène de l'intoxication alcoolique sur le cerveau. Il est rationnel d'admettre que dans certains cas, sans l'appoint de l'intoxication hépatique, le délire alcoolique pourrait ne pas se produire ; ou encore, que lorsque le délire éclate après une période d'abstinence alcoolique, le foie étant malade, ce dernier joue le rôle de cause déterminante ; mais il ne faut pas omettre de reconnaître que si dans ces conditions la cellule cérébrale succombe, c'est qu'elle était préalablement modifiée par le poison d'origine externe, au même titre d'ailleurs que la cellule hépatique elle-même ;

En dehors de l'alcoolisme, un état de souffrance et de mauvais fonctionnement du foie existant chez un sujet qui accuse une forte prédisposition à délirer peut créer, vis-à-vis du cerveau, un état d'imminence morbide. Dans ces conditions, l'in-

©BIUM

tervention d'une cause quelconque, physique ou morale, mais surtout morale, suffira à provoquer l'explosion de la folie. Le foie intervient sans doute, dans ce cas, par le mécanisme de l'auto-intoxication, et la fragilité de la cellule nerveuse provient, soit d'un trouble de sa nutrition imputable à la défaillance épuratrice du foie, soit d'une intoxication directe produite par les sécrétions viciées ou résorbées de cet organe ;

Chez les individus porteurs d'une lésion organique du foie, le délire peut survenir ; il rappelle en général le délire fébrile par des hallucinations de la vue et ses allures confuses et démentielles ; il n'a rien de spécifique et se confond avec les délires consécutifs aux maladies infectieuses et aux auto-intoxications ;

L'intervention d'une affection organique du foie dans le cours de la folie chronique n'en modifie pas nécessairement la marche et la symptomatologie. Elle peut cependant provoquer l'éclosion de certaines idées délirantes en rapport avec les souffrances locales provenant de la lésion ; mais dans les nombreux cas qu'il a observés, l'auteur n'a jamais vu se superposer au trouble mental primitif de nouveaux phénomènes psychiques plus en rapport avec les conditions étiologiques nouvelles. Il semble que chez les vieux aliénés, le cerveau soit réfractaire aux auto-intoxications ou tout au moins ne soit plus en mesure de faire les frais de nouvelles réactions délirantes.

XV. — *Recherches sur le suicide en Grande-Bretagne ;* par Sir John Sibbald, inspecteur des asiles d'Ecosse (numéro de novembre). — Les statistiques accusent une augmentation progressive du nombre des suicides en Angleterre comme en Ecosse ; mais le Dr Sibbald pense que ce n'est qu'une apparence, l'étude des chiffres prouve que les morts par « suicides ou accidents » n'ont pas augmenté et qu'il y a une fixité vraiment surprenante dans ces proportions ; on enregistrait autrefois sous la rubrique « accidents » des morts qu'actuellement on désigne sous le terme « suicides ». Telle est l'explication de l'auteur.

XVI. — *Des poussées d'encéphalite aiguë dans le cours de l'encéphalite subaiguë et chronique ;* par le Dr Piperkoff (numéro de décembre). — Travail de laboratoire qui n'est pas susceptible d'une analyse sommaire.

XVII. — *Mécanisme anatomique de l'attention ;* par le Dr Jonny Roux (numéro de décembre). — L'attention, au moins sous l'une de ses faces, dit M. Roux, apparaît comme

©BIUM

constituée par une série de processus physiologiques se produisant tous sur le même type.

Toute attention est le résultat d'un réflexe, qui a pour effet de faciliter le passage de l'influx nerveux en diminuant les résistances en certains points déterminés.

Ce travail intéressant est basé sur les nouvelles données de l'anatomie microscopique du cerveau et sur la théorie des neurones.

Revue neurologique.

I. — *Tic ou spasme de la face;* par G. Feindel et Henry Meige (n° 5). — Le diagnostic entre le tic et le spasme de la face est un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie. Le *tic*, mal psychique, est un accident bénin et curable si l'on peut avoir la volonté de guérir; le *spasme facial*, au contraire, est la résultante d'une excitation portant sur le trajet d'un réflexe nerveux; sa cause est une lésion matérielle, de là sa gravité. Un homme de trente-sept ans, surmené nerveux, a été atteint à vingt-quatre ans de paralysie faciale périphérique. Huit jours après débutent des accès de céphalalgie migraineuse qui se reproduisent à intervalles inégaux durant quatre années, puis cessent; la paralysie faciale, sans disparaître, tend à s'amender.. Récemment, tout d'un coup, au milieu de la nuit, cet homme est réveillé par des contractions spasmodiques de la moitié gauche du visage. Depuis lors, ce phénomène se reproduit d'une manière incessante avec les mêmes caractères de brusquerie, d'incoordination et d'invincibilité. Tic ou spasme? Les mouvements convulsifs n'ont rien du tic, qui consiste en mouvements systématisés; ils cadrent mieux avec la définition du spasme, qui, à l'inverse du tic, n'affecte que des muscles ou des groupes de muscles dont la synergie active ne tend pas vers un but commun. Cependant il y a quelques réserves à faire, le malade étant un déséquilibré, et en tenant compte de l'état mental on pourrait le ranger parmi les tiqueurs, si les contractions n'étaient pas survenues brusquement la nuit et si elles n'avaient pas apparu sur un territoire antéricurement frappé de paralysie.

Le siège de la lésion est probablement situé sur le trajet intracranien du tronc nerveux facial.

Les auteurs, après une longue discussion, terminent par cette réflexion : « L'hypothèse d'un tic nous paraît devoir être rejetée. Cependant il ne faut pas oublier qu'un spasme, né

©BIUM

d'une cause quelconque, peut se transformer en tic, en créant chez un prédisposé une *habitude morbide* qui s'installera définitivement après que la cause du réflexe aura disparu. »

II. — *Note sur les chocs céphalalgiques chez les épileptiques*; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (n° 17). — Le choc céphalalgique est un phénomène paroxystique douloureux donnant au malade le sensation d'une attrition, sensation qui persiste pendant quelques minutes, puis disparaît tout aussi brusquement. Il n'existe pas de sensibilité locale ni pendant le paroxysme, ni après.

Ces chocs céphalalgiques peuvent être rapprochés des troubles du sommeil, assez fréquents chez les hystériques et les neurasthéniques, que Weir Mitchell a décrits sous le nom de chocs sensoriels et qui peuvent affecter la sensibilité générale sous forme de douleurs contusives brusques ou d'ébranlements céphaliques au moment où le malade s'endort.

La parenté de ces chocs avec les manifestations épileptiques pourrait être établie par leurs rapports de succession et de coïncidence chez les mêmes malades et par l'influence qu'exerce sur eux la médication antiépileptique.

M. Féré présente deux observations : dans la première, les chocs céphalalgiques se sont manifestés après la disparition des accès convulsifs et comme des succédanés diminutifs de ces accès ; dans la seconde, ils ont été les premières manifestations paroxystiques du mal et ont précédé de plusieurs années l'explosion des grands accès.

III. — *La descendance des alcooliques ; influence de l'hérédité paternelle ;* par MM. Sabrazès et Brengues (numéro 22). — Après avoir rappelé les observations de Legrain sur l'hérédo-alcoolisme, MM. Sabrazès et Brengues donnent l'arbre généalogique d'une lignée de buveurs d'habitude qui s'étend jusqu'à la cinquième génération inclusivement. Depuis le trisaïeul jusqu'à la génération actuelle, l'alcoolisme sévit à tous les degrés et sous toutes les formes avec ses funestes conséquences. Voici le décompte des antécédents pathologiques relevés dans la ligne paternelle.

Cancer	2	cas.
Apoplexie	1	—
Epilepsie	3	—
Aliénation mentale	1	—
Tabes	1	—
Obnubilation du sens moral	12	—
Alcoolisme invétéré	9	—

©BIUM

Dans la ligne maternelle, on ne relève par contre que des accidents légers d'ordre hystérique chez la mère; les autres membres de la famille jusqu'au trisaïeul inclusivement ont toujours été parfaitement équilibrés et absolument indemnes d'alcoolisme.

Les auteurs concluent de leurs observations que l'alcoolisme des ascendants n'aboutit pas nécessairement à l'extinction de la famille, même à la quatrième génération, mais imprime à la descendance des stigmates profonds de dégénérescence physique, intellectuelle et morale et cela alors même que la ligne maternelle ne joue aucun rôle effectif dans l'hérédité morbide.

IV. — *Sur la disostose cléido-cranienne héréditaire;* par MM. Pierre Marie et Paul Sainton (n° 23). — En mai 1897 et en mai 1898, les auteurs ont présenté à la Société médicale des hôpitaux deux groupes de sujets atteints d'une malformation congénitale singulière à laquelle M. P.-A. Pierre a consacré sa thèse inaugurale en juin 1898. Cette malformation présente comme caractères essentiels :

1° Un développement exagéré du diamètre transverse du crâne coïncidant avec un retard dans l'ossification des fontanelles;

2° Une aplasie plus ou moins prononcée des clavicules;

3° La transmission héréditaire de ces malformations.

L'aspect du crâne est frappant; le diamètre transverse atteint 174 millimètres, alors que la moyenne normale ne s'élève guère au-dessus de 159, 6 dans le sexe masculin. Cette exagération du diamètre transversal du crâne donne au malade un facies singulier.

Les bosses frontales et pariétales sont très accentuées, la face aplatie; les sourcils surélevés et très arqués; enfin, les oreilles se trouvent plus ou moins écartées de la tête.

Les troubles de l'ossification du crâne au niveau des fontanelles sont également une des caractéristiques de ce type clinique. La persistance des fontanelles existe même dans un âge avancé (quarante-sept ans dans un cas).

La voûte palatine peut présenter une fissure médiane, la dentition est troublée.

Avec ces différentes malformations de l'extrémité céphalique coïncide une très singulière aplasie des clavicules (atrophie partielle, état fibro-cartilagneux, arrêt complet de développement, etc.).

Cette aplasie claviculaire entraîne un certain degré d'impotence fonctionnelle du bras.

©BIUM

L'obésité semble faire partie intégrante du tableau morbide.

Enfin, l'affection est héréditaire. Les quatre sujets observés se répartissent ainsi : un père et son fils, une femme et sa fille. Toutefois, les enfants ont une tendance à présenter les malformations à un degré moindre que les parents.

Revue de psychiatrie.

I. — *L'atrophie du nerf optique par rapport au tabes et à la paralysie générale;* par le Dr Klippel, médecin des hôpitaux (n° 4). — L'atrophie du nerf optique est un symptôme fréquent du tabes, tandis qu'il ne se rencontre jamais dans la paralysie générale; la raison en est que le tabes frappe les neurones les plus périphériques, la paralysie générale les neurones les plus centraux.

Si le tabes, débordant parfois ses limites primitives, envahit les neurones centraux et crée une sorte de démence, ce n'est qu'à la longue et secondairement.

Pour se rendre un compte exact de ces faits, il est nécessaire de connaître ce qu'est et ce que représente la rétine et le nerf optique qui lui fait suite.

Certaines cellules de la rétine sont les homologues des cellules des ganglions rachidiens ; la rétine est en partie un ganglion intervertébral rejeté à la périphérie : la dégénérescence grise de la rétine au cours du tabes n'est donc rien d'autre que la dégénérescence des téléneurones périphériques.

II. — *Sur un cas de paralysie générale juvénile à début spinal;* par le professeur Joffroy. Leçon recueillie par M. Toulouse, chef de clinique (n° 6). — A propos de ce cas clinique, M. Joffroy remarque que la paralysie générale juvénile débute assez souvent par des symptômes médullaires. Ces pseudo-tabes paralytiques sont assez facilement distingués de la véritable ataxie par les altérations particulières de la moelle qui portent davantage sur la substance grise, sur les fibres endogènes des cordons postérieurs et frappent moins les racines postérieures.

L'évolution de la paralysie générale juvénile a des caractères un peu particuliers. Ce qui a frappé tous les observateurs, c'est la prédominance et l'intensité des symptômes physiques. Les troubles de la motilité et de la sensibilité ont souvent des caractères tels qu'on pourrait se demander si l'hystérie n'y joue aucun rôle. Autre signe important, c'est la rapidité avec laquelle

©BIUM

s'accentuent, à un moment donné, l'amaigrissement et une sorte de régression organique. L'évolution sexuelle peut être arrêtée et un véritable infantilisme persister. La démence est rapidement totale et les réactions délirantes nulles.

L'origine de cette affection est obscure. Elle frappe un peu plus souvent les garçons que les filles. L'âge moyen du début paraît être quinze ans et demi. Le milieu social est sans influence. Le rôle de l'hérédité est capital. On a voulu incriminer la syphilis comme facteur exclusif de la paralysie générale juvénile; en réalité ce rôle paraît à M. Joffroy sans grande importance et il n'admet pas que le fait, pour l'un des géniteurs, d'avoir eu la syphilis puisse être incriminé comme cause de la paralysie générale de l'enfant. En revanche, l'alcoolisme ancestral lui semble être une cause autrement puissante de la paralysie juvénile.

III. — *La toxicité de la sueur chez les épileptiques et les mélancoliques;* par M. Mavrojannis (n° 7). — Voici les conclusions de ce travail :

« Chez les épileptiques, la sueur ne paraît pas jouir des propriétés toxiques et convulsivantes intenses que Cabitto (*Rivista sperimentale di freniatria*, mars 1899) lui a attribuées. L'injection de sueur post-paroxystique, même à des doses considérables, ne provoque chez le lapin que quelques mouvements d'extension forcée de la colonne vertébrale; le sujet esquisse l'attitude de l'arc de cercle. Enfin, chez les mélancoliques, la toxicité sudorale n'est pas augmentée. »

IV. — *Psychoses systématisées chez la femme à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital;* par le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux (n° 8). — En 1895, M. Doléris a communiqué au Congrès de gynécologie de Bordeaux neuf cas de délire post-opératoire en gynécologie. Ces cas se présentaient avec certains caractères anamnestiques communs : nervosisme, neurasthénie, perturbation psychique née de l'appréhension opératoire, éthylisme, éthéromanie, morphinomanie ou enfin arthritisme.

Dans l'hérédité directe ou collatérale, l'auteur n'a pu découvrir l'existence de vésanies caractérisées; les malades, cependant, n'en étaient pas moins des tarées.

Les troubles psychiques étaient forts disparates chez ces malades; une forme singulière à pronostic bénin consistait dans la perte du sentiment de l'existence des organes génitaux externes avec disparition plus ou moins complète de la sensi-

©BIUM

bilité spéciale de la vessie et du rectum ; chez d'autres, le sens des rapports topographiques de ces organes entre eux a disparu; la sensibilité au contact et à la douleur est parfaitement conservée, mais les sensations spéciales éveillées antérieurement par le coït sont entièrement éteintes. Plusieurs exemples à l'appui.

V. — *Paralysies post-opératoires, dites paralysies post-anesthésiques ;* par M. Phocas, de Lille (n° 8).— M. Schwartz a rassemblé tous les faits de ce genre dans un mémoire publié dans les comptes rendus du XI[e] Congrès de chirurgie de 1897, sous le nom de paralysies post-anesthésiques. En réalité, l'anesthésie n'est pas toujours la cause de ces accidents, et dans un certain nombre de cas on ignore l'étiologie et le mécanisme de certaines de ces paralysies localisées aux membres. La question exige donc de nouvelles recherches, et, en attendant qu'elle soit élucidée, il propose le terme de *paralysies post-opératoires* qui ne préjuge ni la pathogénie ni le pronostic.

Progrès médical.

I. — *Sur un cas d'acromégalie avec démence* ; par le professeur Joffroy. Leçon recueillie par le D[r] Roubinovich (n° 9). — Le cas clinique en question est l'occasion, pour le professeur Joffroy, de faire un exposé complet de tout ce que nous savons sur l'acromégalie et le gigantisme, maladies très voisines et qu'il n'hésite pas à attribuer à une lésion du corps pituitaire.

Le corps pituitaire a des fonctions que nous ne connaissons pas ; mais certains faits pathologiques semblent indiquer qu'il joue un rôle dans la nutrition en général, et en particulier dans celle des systèmes osseux, musculaire et vasculaire.

C'est l'action du corps pituitaire qui règle chez l'individu les proportions entre la nutrition et la dénutrition, de façon à maintenir un état d'équilibre stationnaire des systèmes osseux et musculaire chez l'adulte et un état d'équilibre avec développement des mêmes systèmes chez l'adolescent. Sous l'influence d'une perturbation dans les fonctions de la glande, son activité est accrue et le développement des systèmes osseux et musculaire se fait plus considérable, d'où gigantisme chez l'adolescent et acromégalie chez l'adulte.

II. — *Morphinomanie et morphinisme ;* par le professeur Gabriel Pouchet (n[os] 18 et 20). — On peut ranger les causes

©BIUM

de la morphinomanie sous trois chefs : la douleur qu'on veut éviter, le chagrin que l'on veut oublier, la volupté que l'on recherche.

Ce n'est pas tant la dose que le besoin impérieux et l'habitude de l'emploi qui constituent la morphimanie. Sur mille cas, 40 p. 100 des individus prenaient les doses quotidiennes de 50 centigrammes à 1 gramme ; 25 p. 100 de 10 à 50 centigrammes. On a cité des cas ou la dose avait atteint par vingt-quatre heures 4, 9, 10 et 12 grammes.

Les malades viennent se soumettre au traitement au bout de deux à quatre ans d'usage de la morphine ; néanmoins on a vu des intoxications durant depuis dix, quinze et quarante ans. Le professeur passe ensuite en revue la symptomatologie de l'intoxication, les troubles nerveux, digestifs, génitaux et urinaires, les perturbations nutritives, l'influence du morphinisme sur l'évolution des maladies, les accidents causés par la piqûre ; il décrit rapidement la marche des accidents, les lésions microscopiques, puis passe au traitement. Il condamne la suppression brusque, n'est que médiocrement partisan de la suppression rapide et préconise la suppression graduelle avec adjonction de médications substitutives : alcool, éther, cocaïne, chloral ; mais ces derniers médicaments doivent être exclusivement administrés par le médecin dans la crainte qu'ils soient le départ d'une nouvelle intoxication.

III. — *L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques ;* par le Dr A. Pitres (nos 21, 22, 24, 26, 28, 31). — Dans cette série de leçons, le professeur Pitres a entrepris d'étudier les rapports de l'amnésie et de l'aphasie, perdus de vue depuis l'application de la doctrine des localisations cérébrales aux troubles du langage.

Les médecins qui, les premiers, étudièrent l'aphasie, Bouillaud, Lordat, Broca, Trousseau, etc., en admettaient deux sortes : l'*aphasie amnésique*, caractérisée par la perte de l'évocation mentale des mots, et l'*aphasie ataxique* (aphémie de Broca), résultant d'une perturbation dans les fonctions motrices. Pendant vingt-cinq ans, cette division fut à peu près universellement acceptée ; puis les recherches de Wernicke, Kussmaul, Charcot vinrent ouvrir une nouvelle période à l'histoire de la psychologie et de la pathologie du langage. Charcot montra que les mots parviennent à notre connaissance par quatre voies différentes : auditive, visuelle, voie motrice d'articulation, voie motrice graphique. De là quatre sortes d'apha-

©BIUM

sie selon que l'un de ces centres moteurs ou sensoriels est atteint. Les quatre symptômes : aphémie, agraphie, surdité verbale, cécité verbale, sont, d'après Charcot, les seuls syndromes élémentaires de l'aphasie. Il nie l'existence de l'amnésie verbale en tant qu'entité pathologique, tout en admettant des amnésies verbales auditives, visuelles et motrices.

Mais cette doctrine ne peut expliquer tous les faits. Elle ne peut rendre compte des cas cliniques rangés par Trousseau et ses contemporains dans le groupe des aphasies amnésiques. Dans les cas purs d'aphasie amnésique, en effet, ce n'est pas l'une ou l'autre des images verbales qui est effacée en totalité ou en partie, c'est l'évocation des signes représentatifs des idées qui fait défaut. La cécité et la surdité verbales n'impliquent pas la perte de l'évocation des mots qui caractérise l'aphasie amnésique ; inversement l'aphasique par amnésie pure, qui ne peut évoquer les mots, n'a pas de surdité ni de cécité verbales. Il y a donc autre chose, et cette autre chose, c'est un trouble de la mémoire.

La mémoire comprend deux opérations successives et distinctes. Par la première, les images des sensations se gravent dans le cerveau et s'y conservent à l'état latent (mémoire de fixation) ; par la deuxième, elles sont évoquées et apparaissent devant la conscience qui les reconnaît (mémoire de récollection et de reconnaissance). De là, trois sortes d'oubli : l'oubli par manque de réviviscence, l'oubli par défaut de l'évocation et enfin l'oubli par perte de la reconnaissance. Si ces trois phénomènes peuvent être abolis isolément, c'est donc qu'ils ont chacun des conditions de production distinctes ou qu'ils se produisent dans des organes différents. La mémoire n'a pas dans le cerveau une localisation étroite ; elle ne s'accomplit pas dans un centre unique, autonome. L'évocation part des neurones de la psychicité ; la réviviscence est fonction des neurones sensoriels ; la reconnaissance s'opère ailleurs, si bien qu'un nombre immense de cellules disséminées dans des régions très différentes participent à des titres divers à l'exécution des actes mnésiques les plus simples.

De là plusieurs formes d'amnésie que l'auteur étudie en détail ; puis il montre qu'en définitive l'aphasie amnésique est le signe révélateur de la rupture des communications entre les centres psychiques *intacts* et les centres *inaltérés* des images verbales.

M. Pitres décrit ensuite les principales variétés cliniques de

©BIUM

l'aphasie amnésique qui sont: 1° l'*antonomasie* ou difficulté de l'évocation des mots portant d'une façon exclusive ou prédominante sur les substantifs ; 2° l'*agrammatisme* ou impossibilité de construire des phrases ; 3° l'*aphasie systématique des polyglottes*, ou perte d'une langue avec conservation des autres.

Il n'est pas nécessaire de supposer l'existence de centres spéciaux pour se rendre compte de la symptomatologie des diverses variétés de l'aphasie amnésique, car la facilité plus ou moins grande de l'oubli des mots dépend du plus ou moins d'adhérence des signes verbaux aux concepts qu'ils représentent.

L'aphasie amnésique n'est pas toujours liée à des altérations destructives des centres corticaux du langage. Cependant le plus souvent ces lésions existent, mais les autopsies montrent qu'elles n'atteignent pas invariablement un même point du cerveau. Dans dix cas, elles siègeaient sur l'écorce de l'hémisphère gauche, au niveau des régions pariétale ou temporale, dans l'aire ou sur les confins des centres de la vision et de l'audition des mots. Le plus souvent elles portaient sur le lobule pariétal inférieur, y compris le pli courbe. Conclusion : les lésions n'agissent pas en détruisant un centre spécialisé affecté à l'évocation, mais en rompant une partie des voies commissurales qui réunissent les centres différenciés des images verbales aux parties de l'écorce dans lesquelles s'opèrent les actes psychiques supérieurs.

Le diagnostic de l'aphasie amnésique pure est très simple : tout malade qui comprend ce qu'on lui dit, qui peut lire à haute voix, qui prononce et écrit facilement les mots dont il se souvient et n'est empêché de prononcer ou d'écrire les autres que parce qu'il est impuissant à en évoquer le souvenir au moment opportun, est atteint d'aphasie amnésique pure.

Mais ce syndrome est rare ; il se combine le plus souvent avec la perte partielle ou totale de l'activité de quelques-uns des centres spécialisés de la réception ou de l'émission du langage et il se produit alors des formes mixtes, compliquées, d'un diagnostic très difficile.

Il ne faut pas oublier, pour faire ce diagnostic, que la perte de la lecture mentale n'est pas nécessairement un symptôme de cécité verbale ; elle peut être due à un simple trouble de la fixation des images mnésiques. Il en est de même de l'inaptitude à construire des mots à l'aide de lettres isolées. Le signe de Proust-Lichteim (il consiste à rechercher si les aphasiques

©BIUM

ont conservé la notion idéale des mots qu'ils ne peuvent prononcer, en leur faisant indiquer, par des pressions de main ou tout autre procédé, combien ces mots contiennent de lettres ou de syllabes) n'a pas la valeur que lui attribuent MM. Wernicke et Dejerine. Positif dans l'aphasie motrice sous-corticale, il serait négatif dans l'aphasie motrice-corticale (destruction du centre des images motrices des mots); en réalité les troubles de l'évocation mnésique introduisent dans l'expérience de Proust-Lichteim, des éléments perturbateurs qui en diminuent singulièrement la valeur.

L'importance d'un diagnostic exact est réelle, car du diagnostic découle le pronostic. Le pronostic de l'aphasie amnésique est moins grave que celui des aphasies motrices et sensorielles, car ces dernières sont la conséquence de lésions destructives de centres spécialisés, tandis que la première dépend de la rupture d'une partie des communications existant entre le cortex et les centres des images verbales. Les communications restantes peuvent suffire au rétablissement de la fonction dans un grand nombre de cas.

IV. — *Nouvelle contribution à l'étude de la pseudo-porencéphalie et de la porencéphalie vraie* ; par Bourneville et Schwartz (nos 37 et 39). — Observations cliniques dont découlent les propositions suivantes:

1° La véritable porencéphalie ne reconnaît qu'une seule cause toujours la même: un arrêt de développement. La *cavité* a la forme d'un entonnoir plus ou moins régulier à base externe dont le sommet regarde le ventricule ;

2° Les circonvolutions se dirigent en rayonnant vers le fond de l'excavation ;

3° L'orifice de communication est toujours régulier, souvent parfaitement arrondi;

4° Autour de l'excavation on rencontre presque constamment d'autres anomalies dues au même arrêt de développement ;

5° La pseudo-porencéphalie est le résultat de lésions soit congénitales (maladies du fœtus) soit extra-congénitales (maladies postérieures à la naissance).

La porencéphalie est vraisemblablement le résultat de troubles vasculaires et la lésion occupe presque toujours la région périsylvienne, ou territoire de l'artère cérébrale moyenne.

©BIUM

Archives générales de médecine.

I. — *Hallucinations auditives dues à de l'otite moyenne catarrhale et disparues avec celle-ci;* par le Dr Louis Coronat, de Gap (numéro d'avril). — Un jeune homme de vingt et un ans, n'ayant jamais eu de maladie d'oreille ni d'affection nerveuse, revenait de Lyon, où il était allé s'amuser avec des camarades. Les deux derniers jours de son séjour à Lyon, il ne s'était pas couché. En route, il était assis près de la portière, de telle sorte que son oreille gauche était exposée au courant d'air. Il ne perçut pas de bourdonnements, mais peu à peu, une voix, dit-il, devint de plus en plus forte et se fit entendre, toujours de cette oreille gauche. Il crut reconnaître la voix de sa mère (morte il y a quatre mois). Cette voix était plus intense sous les nombreux tunnels qui existent entre Grenoble et Gap. Pendant les arrêts du train, il l'entendait encore, mais plus faible. Elle lui reprochait sa conduite en termes grossiers : « Salop, c..., va te confesser, tu crèveras demain, tu as attrapé la vérole. » En arrivant, il se couche ; mais son sommeil est troublé par la voix de sa mère et des voix de diables partie des quatre coins de la chambre. Le malade, effrayé, va le lendemain se confesser. A l'examen, M. Coronat constate du côté gauche tous les signes de l'otite moyenne. Traitement approprié. Au bout d'une quinzaine, tout avait disparu. L'auteur pense très judicieusement qu'il s'agit d'un dégénéré qui, à l'occasion d'une otite moyenne, catarrhe *a frigore*, a transformé des bruits otitiques en hallucinations dont la production fut encore facilitée par trois jours de fête et d'excès de toutes sortes.

II. — *Les paralysies générales progressives;* par le Dr Klippel, médecin des hôpitaux (numéro de juin). — Dans ce mémoire, M. Klippel veut démontrer que la paralysie générale est un syndrome dû à des processus anatomiques différents, mais qui ont pour caractère essentiel d'atteindre, par lésions diffuses, l'encéphale tout entier.

C'est l'étendue des lésions et non leur nature qui détermine la production des nombreux symptômes connus sous le nom de paralysie générale. Toutefois les processus anatomiques en question ne sont pas tellement différents qu'il n'y ait de l'un à l'autre les transitions les plus insensibles. Il faut donc conserver le terme de paralysie générale ; mais le diagnostic clinique du

©BIUM

syndrome paralytique pourra être complété, et la chose est souvent possible, par le diagnostic plus précis de la nature des lésions et des maladies qui sont en cause.

Trois groupes principaux peuvent correspondre à l'ensemble des cas :

1° *La paralysie générale inflammatoire primitive ;* c'est la forme clinique répondant aux lésions suivantes: pie-mère épaisse avec plaques opalines, atrophie cérébrale, ventricules dilatés et chagrinés, augmentation du liquide céphalo-rachidien, hyperhémie du bulbe, érosions de la substance grise, caractéristiques, profondes, disséminées, à bords déchiquetés, qui constituent par leur nature histologique de véritables petits foyers de ramollissement inflammatoire, conséquence de l'oblitération d'une artériole. Au microscope, en dehors de la diapédèse inflammatoire des vaisseaux, les lésions des éléments nobles (tubes, cellules) dominent. La maladie se présente plutôt comme une inflammation parenchymateuse que comme une encéphalite interstitielle, bien qu'il y ait sans doute une certaine prolifération de la névroglie.

2° *Paralysies générales associées à d'autres lésions. Encéphalites secondaires.* Dans ce groupe, l'inflammation de l'encéphale vient se surajouter à des lésions antérieures à titre d'affection secondaire, lésions syphilitiques, lésions de l'alcoolisme chronique, lésions de l'athéromasie cérébrale. De plus, la paralysie générale se greffe sur les cerveaux mal conformés, sur le cerveau des dégénérés, des idiots et enfin quelquefois des vieux aliénés. En cela, l'observation d'Esquirol serait absolument exacte.

3° *Paralysies générales dégénératives et parfois à lésions spécifiques.* Déjà, dans le groupe précédent, les lésions inflammatoires (diapédèse) s'atténuaient plus ou moins. Ici, elles font complètement défaut; il n'y a plus que des dégénérescences diffuses ou des lésions diffuses à caractères spécifiques. Les premières se rencontrent surtout comme manifestations encéphaliques de l'athéromasie, de l'alcoolisme chronique et de la tuberculose ; partout dans l'encéphale les capillaires sont en dégénérescence graisseuse et granulo-pigmentaire. Les cellules sont dégénérées et atrophiées sous une forme qu'on ne voit pas dans la paralysie générale inflammatoire. A l'exception de petits foyers de ramollissement, lorsqu'ils existent, il n'y a nulle part la moindre trace de diapédèse inflammatoire.

Mais, malgré l'uniformité de ces dégénérescences diffuses,

©BIUM

quelle qu'en soit la cause première, il peut, entre les différents sujets, exister des différences symptomatiques considérables. Pour les expliquer, on doit invoquer des processus auto-toxiques et auto-infectieux qui viennent se greffer sur les lésions préexistantes.

L'auteur examine ensuite les formes spinales. La paralysie générale frappe presque simultanément une grande étendue de la moelle, touchant à la fois les cordons latéraux, les cordons postérieurs et les cellules nerveuses de la substance grise. Quand ces lésions ne sont que médiocrement accusées, les symptômes cérébraux occupent pour ainsi dire toute la scène; quand elles prédominent dans un département physiologique, les symptômes spinaux s'accusent et peuvent prendre une forme systématique; de là, les formes *tabétique*, de *sclérose latérale*, *amyotrophique*, *bulbaire*, *névritique*.

Enfin des lésions du grand sympathique existent dans la paralysie générale, ainsi que de tous les viscères qu'il innerve; de là les nombreux troubles vaso-moteurs constatés dans ces derniers.

M. Klippel termine en montrant les liaisons qui existent entre ces différentes formes de paralysie générale, liaisons qui permettent d'établir qu'elle relève, en définitive, de l'infection, de l'auto-intoxication en action sur des centres nerveux altérés au préalable d'une façon plus ou moins manifeste.

III. — *Recherches sur la tuberculose des méninges;* par le Dr A. Péron, ancien interne lauréat des hôpitaux (numéros d'octobre et novembre). — Dans une étude histologique très suggestive, l'auteur montre qu'il existe, dans la méningite tuberculeuse, deux processus nettement distincts, à évolution successive : le premier est l'apport bacillaire par les artérioles, processus local pouvant rester tel (tubercules cérébraux enkystés); le second, véritable lésion spécifique de la méningite tuberculeuse, est diffus et atteint d'une façon plus ou moins régulière certains points, toujours les mêmes, de la pie-mère.

La dissémination secondaire résulte de la disposition normale du liquide céphalo-rachidien et de ses fonctions. L'expérimentation le démontre pleinement, car on ne peut reproduire la méningite tuberculeuse que par l'injection de liquides virulents dans la cavité arachnoïdienne.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur étudie le mécanisme de la mort dans la méningite tuberculeuse. Ni les altérations grossières des centres nerveux, ni le siège des exsu-

©BIUM

dats méningés, limités toujours à la pie-mère, ne permettent de l'expliquer.

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien augmenté ne fournit pas une explication plus satisfaisante. Il est impossible de ne pas être frappé des analogies que présente le tableau morbide de la mort dans cette maladie avec la terminaison de toute une série de maladies qui agissent par l'action de toxines spécifiques sur les cellules nerveuses elles-mêmes (rage, tétanos, etc.). La mort paraît donc survenir par *destruction de l'ensemble des centres nerveux sous l'influence d'une toxine tuberculeuse sécrétée à la surface de la pie-mère et qui va directement imprégner les cellules des centres.*

Quel est ce poison tuberculeux ? Il ne semble pas, d'après des expériences sur les animaux, que ce soit celui que contiennent les tuberculines de Koch ; il est plus vraisemblable d'admettre l'existence de toxines très actives sécrétées à dose minime à la surface de la pie-mère, non encore isolées, il est vrai, mais dont l'action paraît spécifique sur le système nerveux.

Annales d'hygiène et de médecine légale.

Les *Annales d'hygiène* n'ont rien publié d'important en 1898, concernant la psychiatrie, à part un mémoire de Marandon de Montyel, intitulé : L'*open-door et les arguments de ses adversaires* (numéro de juin), mémoire qui n'est qu'une réédition des idées bien connues de l'auteur et qui n'est guère susceptible d'analyse, et une communication du Dr Alph. Charpentier, intitulée : *Un cas de grossesse imaginaire chez une femme de cinquante-cinq ans* (numéro de mars), faite à la Société de médecine légale dans sa séance du 10 janvier.

Il s'agit d'une dame ayant dépassé depuis plusieurs années l'époque de la ménopause qui, sous l'influence d'un trouble mental passager, prétendait s'être abandonnée à un individu et être enceinte de ses œuvres. Sa certitude était telle qu'elle avait fait l'aveu de sa faute à son fils. La faute était imaginaire ainsi que la grossesse. Après une période d'amélioration, la malade fut reprise des mêmes scrupules délirants.

A ce propos, M. Charpentier rappelle un certain nombre de cas analogues observés par lui. Pourtant, le plus grand nombre des cas de folie de la ménopause qu'il a observés n'avaient pas le caractère érotique. Les lésions utérines déterminent par-

©BIUM

fois des réactions psychiques étranges qui disparaissent à la suite d'un traitement approprié.

Dans la discussion qui suit cette communication, M. Vallon exprime l'avis que la folie érotique a son maximum à l'époque de la ménopause. Pour M. Motet, cela n'est vrai que dans les asiles. Dans un milieu social plus élevé, le délire érotique est plus rare et remplacé par un délire de forme mélancolique.

A. CULLERRE.

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science

ANNÉE 1897 (*suite et fin*).

X. — *Le traitement par la suggestion, avec ou sans hypnose*; par M. John F. Woods (numéro d'avril). — La suggestion a donné de bien beaux succès entre les mains de M. John Woods.

Parmi les nombreux faits qu'il apporte, quelques-uns sont présentés cliniquement; leur ensemble, formant une masse imposante, est groupé en tableaux synoptiques.

Cette statistique est instructive et entièrement favorable à l'emploi du traitement suggestif, qui peut produire des améliorations et des guérisons dans des cas désespérés.

La suggestion peut être utilement employée contre les maladies mentales et les maladies nerveuses purement fonctionnelles. Presque toujours le résultat heureux a été obtenu sans sommeil. Ainsi l'application de la main sur la région malade, aidée de la suggestion, combinée avec une pression douce, a suffi pour supprimer la douleur dans certaines névralgies. Pour produire l'hypnose, M. Woods fait asseoir commodément le malade en face de lui, puis il l'invite à fermer les yeux, à mettre ses membres dans le relâchement et à ne penser à rien. Il lui passe alors une main sur la tête et, avec l'autre, lui frotte légèrement le front en lui suggérant de dormir. Il parvient souvent à endormir le sujet en lui disant de relâcher ses muscles, en lui fermant les yeux et en le maintenant immobile pendant vingt minutes.

©BIUM

Notre confrère donne une théorie du phénomène de la suggestibilité et du traitement hypnotique.

Toute idée tend à produire un acte. Les physiologistes admettent que l'idée d'un acte est cet acte lui-même à l'état potentiel, et l'activité corticale qui élabore l'idée est la même que celle qui détermine l'acte. Quand celui-ci manque, c'est que les changements corticaux n'ont pas une activité suffisante ou que d'autres idées créées par l'association exercent une influence inhibitoire. Il peut y avoir conflit entre plusieurs idées ; l'action directe qui naît d'un tel conflit est un acte de la volonté. La volonté se manifeste toujours à la suite d'une lutte entre deux ou plusieurs motifs. Si cette lutte n'avait pas lieu, l'homme serait l'esclave de la première idée qu'élaboreraient ses centres cérébraux et l'exécuterait passivement.

De même, dans l'ordre pathologique, l'esprit subit l'influence d'une idée prépondérante qui s'impose à lui avant toute autre; il en résulte une impulsion irrésistible (suicide, etc.). Chez l'hypnotisé, l'esprit est pratiquement vide et les idées suggérées lui sont imposées. Il les accepte, comme une chambre noire reçoit les rayons lumineux. Elles sont seules à se graver dans l'esprit, sans antagonisme possible, et il se détermine d'après elles. De plus, le phénomène de l'attention, ce pouvoir qu'a l'esprit de se concentrer sur une idée ou un groupe d'idées, donne aux manifestations mentales chez le sujet une intensité anormale. Elles s'emparent de lui si tyranniquement qu'elles s'imposent encore après le réveil. Ainsi s'explique l'influence exercée par la suggestion sur les hypnotisés quand ils sont ramenés à la vie ordinaire.

Mais la suggestion n'agit pas seulement sur la conduite ; elle peut encore modifier les phénomènes sensoriels. Pour rendre compte de cette seconde propriété de l'hypnose, l'auteur remarque avec Hughlings Jackson que toutes les parties de l'organisme sont représentées dans les centres corticaux et peuvent être directement influencées par eux. Les centres élevés sont la base physique de l'esprit ; chaque portion de la périphérie, si petite qu'elle soit, correspond à une aire de l'écorce cérébrale. On conçoit alors que l'influence des centres nerveux ne s'étende pas seulement aux muscles, mais qu'elle gouverne encore les vaisseaux, les glandes et autres tissus.

XI. — *Nouvelles remarques sur la relation entre le diabète, la glycosurie et l'aliénation mentale ;* par le Dr Hubert Bond (numéro d'avril). — Aux 17 diabétiques qui ont fait l'objet

©BIUM

d'un premier mémoire paru l'an dernier, M. Bond a pu en ajouter 7 autres constatés chez une population nouvelle de 180 aliénés récents, plus 4 découverts chez des malades transférés et un dernier chez un ancien pensionnaire de l'asile. En y joignant trois cas recueillis accidentellement dans les services de femmes, l'auteur arrive à un total de 15 nouveaux cas. Avec les malades précédemment étudiés, son observation complète porte aujourd'hui sur 32 diabétiques ou glycosuriques.

En combinant le nouveau pourcentage avec l'ancien (3,8), la proportion pour cent devient 5,3 des aliénés qui ont du sucre dans l'urine au moment de l'admission.

L'auteur a dressé un tableau des formes mentales chez ses 355 malades récemment admis. Cette statistique qui comprend les deux séries de recherches (175 plus 180), donne la distribution des formes mentales chez les glycosuriques.

On voit que la recherche du sucre a été négative dans les cas congénitaux, la folie épileptique et la manie.

FORME DU TROUBLE MENTAL	CAS OU L'URINE A ÉTÉ EXAMINÉE			CAS OU IL Y AVAIT DU SUCRE		
	1re série.	2e série.	Total.	1re série.	2e série.	Total.
Cas congénitaux.. .	2	2	4	»	»	»
Folie épileptique. .	18	8	26	»	»	»
Paralysie générale..	30	32	62	3	»	3
Manie.	43	39	82	»	»	»
Mélancolie.	55	59	114	6	5	11
Stupeur.	»	4	4	»	1	1
Folie délusionnelle..	5	7	12	»	1	1
Démence organique.	6	12	18	2	»	2
Folie sénile.. . . .	16	17	33	1	»	1
Total. . . .	175	180	355	12 6.83 %	7 3.8 %	19 5.35 %

M. Bond entre dans des détails minutieux sur la technique de ces études. Il insiste sur la valeur d'un nouvel agent thérapeutique, le nitrate d'urane, qui n'est pas seulement précieux dans le traitement, mais dont l'efficacité remarquable peut éclairer le diagnostic des cas douteux. Lorsqu'il échoue chez un glycosurique, cet insuccès peut mettre sur la voie d'une

©BIUM

découverte pathologique et suggérer un traitement nouveau.

Les 32 observations qu'a pu se procurer notre confrère sont réunies à la fin de son travail, dont elles forment un important appendice ; mais il en a fait préalablement une analyse sommaire, à laquelle nous emprunterons les faits les plus dignes d'être mentionnés. Il les divise en deux groupes :

1° Les diabétiques vrais ;

2° Les cas de glycosurie simple, persistante ou intermittente, non compliqués de polyurie, de soif et des symptômes cliniques du diabète.

Le premier groupe — vrais diabétiques — comprend deux sous-classes. Dans la première, sont ceux où le diabète apparaît dans le cours de la maladie mentale, à laquelle il est étranger; leur nombre est de 7, tous déments, sauf une mélancolique hypocondriaque ; 2 sont des séniles. Tous les déments sont des femmes, dont 4 avaient des antécédents alcooliques et sont devenues aliénées à l'âge critique. Cinq sont obèses, 3 sont énormes. L'apparition du diabète a paru chez ces malades apporter certaines modifications du trouble mental, comme, par exemple, la cessation de l'état maniaque, l'invasion de la démence, le développement de conceptions délirantes nouvelles. Le traitement urané a eu peu d'action sur la folie, si ce n'est de calmer l'inquiétude causée par les propriétés irritantes de l'urine. Une des séniles a eu une attaque d'épilepsie ; c'est le seul cas d'épilepsie de la collection et la névrose n'a été que passagère.

Dans la seconde sous-classe, sont réunis les malades chez lesquels le diabète a précédé l'invasion de l'aliénation mentale (3 cas). Le désordre mental a paru imputable au diabète ; un des malades a pu être traité avec succès par l'urane et est entré rapidement en convalescence après que le sucre a disparu de l'urine. La forme mentale des trois a été la mélancolie accompagnée de conceptions délirantes de persécution ou viscérales. Ces dernières naissent d'interprétations fausses liées aux troubles physiques du diabète. Le pronostic de ces cas n'est pas défavorable si les malades sont traités à temps. Notre confrère n'a pas vu un seul fait d'alternance de la folie et du diabète, bien qu'elle ait été constatée par de nombreux médecins.

Le second groupe, celui des glycosuriques simples, comprend 22 malades. Ils n'avaient ni soif ni polyurie (80 onces d'urine au plus, et encore temporairement). Dans un seul cas, l'oligurie a été observée. Le sucre a été rendu en quantité variable (30 à

©BIUM

450 grains par jour). Chez certains, la glycosurie a été constante; chez d'autres, intermittente. La forme de ces cas a été tellement bizarre qu'on est embarrassé pour faire de ces aliénés un classement méthodique.

Nous avons déjà noté l'absence de maniaques et d'épileptiques. Les débiles congénitaux ne figurent pas non plus dans la statistique. Cette dernière remarque perd de son importance, quand on sait que les imbéciles sont promptement transférés et ne séjournent pas dans l'asile.

Sur 62 paralysés généraux, 3 avaient du sucre, mais en quantité insignifiante. Chez l'un d'eux, la présence du sucre semblait être en rapport avec les attaques convulsives. On sait que la glycosurie se montre souvent après les crises de coqueluche, d'asthme et d'épilepsie.

Parmi les glycosuriques simples se trouvent 10 mélancoliques et 5 déments avec une teinte de mélancolie. On y relève un cas de stupeur vraie, un cas de démence consécutive à une lypémanie ancienne, chez un homme de cinquante-cinq ans; un délire de persécution marqué par la croyance à des agents invisibles, une monomanie ambitieuse à forme mystique, deux démences hémiplégiques.

Chez la majorité des malades, l'intempérance a été notée; un grand nombre avaient de l'athérome et de la dégénérescence vasculaire. Deux accusaient des hallucinations intenses de l'ouïe, liées à l'alcoolisme. L'intoxication saturnine a été observée deux fois. Chez deux autres aliénés, le désordre mental paraissait causé par des coups récents sur la tête.

Enfin, un peu plus de la moitié des glycosuriques était touchée par l'hérédité vésanique ou présentait des stigmates neurotiques distincts.

Ce groupe de malades existe dans la proportion de 5 p. 100 des cas de folie récente. Cette faible proportion fait regarder comme improbable une influence quelconque exercée par le sucre sur les symptômes mentaux. Il faut remarquer, en outre, que le traitement urané, en faisant disparaître le sucre, ne les a jamais modifiés. Cependant, chez trois malades qui ont guéri sans traitement spécial, la cessation de la glycosurie a coïncidé avec l'amélioration mentale. Si l'on veut que la maladie mentale cause la glycosurie, la production du sucre est certainement sous la dépendance d'un autre facteur, car on voit de nombreux aliénés, identiques moralement et physiquement à ceux observés par notre confrère, et n'offrant pas de glycosurie.

©BIUM

XII. — *L'âge dans ses rapports avec le traitement de la mélancolie;* par les Drs Gasquet et John Cones (numéro de juillet). — C'est l'action comparative de l'opium et du sulfonal qui est étudiée dans ce mémoire. Quarante-trois malades, 21 hommes et 23 femmes, ont été traités par ces deux médicaments. On peut suivre les expériences sur deux tableaux où sont indiqués l'âge, le médicament employé, le résultat obtenu. Les auteurs concluent par les remarques suivantes :

Le genre de délire, l'agitation ou l'affaissement, les tendances suicides, le refus de nourriture, la constipation, etc., ne semblent pas contre-indiquer l'emploi de ces deux agents. En ce qui touche l'âge, on a constaté que les malades âgés de cinquante ans et au-dessus ressentent d'une façon saisissante (strikingly) l'effet de l'opium et se trouvent bien de son usage. D'un autre côté, les malades âgés de moins de trente ans en éprouvent une influence fâcheuse. Les âges intermédiaires subissent l'effet de l'opium ; mais l'amélioration, quand elle se produit, est lente chez les aliénés. La dose du médicament doit être poussée jusqu'aux limites de la tolérance et il doit être administré assez longtemps pour que l'épreuve soit bien nette.

Comme succédané de l'opium dans le traitement de la mélancolie, le sulfonal est indiqué dans la première moitié de la vie et ses effets sont très satisfaisants à la dose moyenne de trente grains par jour. Il procure un bon sommeil et un état consécutif qui n'est pas à dédaigner. C'est une obtusion mentale à la faveur de laquelle les souffrances morales, les tendances suicides et même la sitiophobie sont heureusement atténuées. Pour arriver à ces résultats, il convient d'élever prudemment la dose, de la maintenir quelques jours et de la diminuer graduellement, pour l'élever de nouveau, s'il y a menace de rechute. Les auteurs de ce travail diminuent, la fréquence des doses, sans réduire la masse du médicament lorsque le malade éprouve de l'assoupissement et des vertiges. La quantité prescrite n'a jamais dépassé trente grains par nuit.

XIII. — *Note sur l'usage du sulfate de duboisine;* par le Dr H. Skeen (numéro de juillet). — Le médicament a été administré par la méthode hypodermique à des doses variant de 1/100 à 1/32 de grain. La dose de 1/24 de grain a été donnée une seule fois.

Dans les quinze à trente minutes qui suivent l'injection, on observe une aggravation légère dans l'agitation, la dilatation des pupilles et l'injection de la face. L'action du cœur s'accé-

©BIUM

lère ; le pouls est plein et mou. Le langage devient épais, confus, lent et même inintelligible avec une dose élevée. Enfin, la sécheresse de la bouche et de la gorge, la démarche ataxique, donnent au malade l'air d'un homme pris de boisson. Cette phase d'excitation est bientôt remplacée par l'assoupissement et un calme profond suivi d'un sommeil de trois à dix heures. Après le réveil, il n'y a pas d'excitation ; mais on observe parfois de la sécheresse de la gorge, des troubles de la vision et de la céphalée. Il n'y a pas d'altération de l'appétit ; mais ce dernier trouble survient avec la médication interne, compliqué de syncopes et de vomissement.

L'administration continue doit être évitée. Sous l'action de la drogue, le malade est tranquille ; mais son pouls s'affaiblit et il a des tendances à la syncope. Il présente souvent des hallucinations de la vue et de l'ouïe et il perd de son poids.

La duboisine est indiquée pour combattre le symptôme *excitation*. Son emploi dans la manie aiguë n'est pas désirable Après avoir éprouvé un calme passager, le malade devient plus agité. Si l'usage est continué, on observe une déperdition rapide du poids.

Mais son efficacité est réelle dans les phases d'excitation de la manie délusionnelle. Dans cette forme clinique, on doit la préférer à tout autre agent. Les maniaques chroniques s'en trouvent bien à l'occasion. L'auteur la conseille aussi dans la paralysie générale ; cependant, il a vu une attaque congestive se produire après l'absorption de 1/32 de grain. Il la considère comme infidèle dans l'épilepsie, nuisible dans la mélancolie, parfois utile dans la démence.

Administrée prudemment, la duboisine n'offre aucun danger. Des malades atteints d'affections valvulaires du cœur ont pu la prendre impunément. Les accidents cardiaques ne sont à craindre qu'avec des doses excessives. Un maniaque aigu, après avoir absorbé une forte dose, a eu un léger accès convulsif. Lorsqu'il y a intolérance, on voit parfois l'excitation augmenter.

En résumé, la duboisine agit heureusement dans les cas d'excitation avec hallucinations et conceptions délirantes, dans toutes les folies chroniques avec excitation et dans quelques cas d'épilepsie. Elle est inefficace dans la manie aiguë et contre-indiquée dans la mélancolie. Les aliénés qui y sont soumis doivent être bien portants. La duboisine est préférable à l'hyoscine. Elle déprime moins et n'entrave pas la guérison.

©BIUM

XIV. — *L'habitude, condition mentale morbide, et son traitement;* par M. Henri Kesteven (numéro de juillet). — L'habitude, que l'auteur définit : une action nerveuse volontaire qui, par ses constantes répétitions, tend à devenir automatique, peut avoir pris naissance chez l'individu ou être transmise par l'hérédité. Il semble que la vie d'un homme se résume dans la formation de ses habitudes et que l'homme qui en a contracté de plus profitables à son existence est le mieux armé pour la lutte. C'est en examinant les choses au point de vue mental que cette vérité devient plus saisissante. L'étude de l'habitude jette une vive lumière sur l'éclosion des maladies mentales.

Considérées physiologiquement, certaines habitudes peuvent être absolument normales, tandis que leur nature psychologique est morbide ; ainsi l'onanisme, qui dérive d'une fonction de l'organisme, appartient à la psychologie pathologique. Le vice naît insidieusement en dehors de la conscience du sujet, comme cela se voit chez des enfants très jeunes, confiés à des éducateurs imprudents qui exposent leurs parties génitales à une température élevée. De même l'intempérance, qu'elle soit héréditaire ou provoquée par la faiblesse de l'individu, dérive d'une action nerveuse physiologique.

Dans chaque région mentale, on trouve des habitudes de l'esprit qui sont psychologiquement morbides. Même les habitudes dénommées bonnes peuvent produire des résultats anormaux, au double point de vue mental et physique. Si salutaire qu'elle soit, une habitude ne doit pas être prépondérante, l'effet serait désastreux pour l'esprit. Moins forte sera la tendance de nos pensées à devenir habituelles, plus solides seront nos pouvoirs mentaux.

Laisser nos pensées se cristalliser, c'est entraver le développement intellectuel. Certes, au début de la vie psychique, il est utile de cultiver les saines habitudes, telles que l'esprit d'observation, de recherche, d'expérimentation ; mais il faut se défier du tour *habituel* de l'esprit quand on arrive à la sensation, à la perception, à ce que Romanes appelle la réception et la conception. L'emploi persistant d'une méthode exclusive de raisonnement est mauvais. Il faut tenir un juste milieu entre la rigueur mathématique et l'imagination, cette dernière déterminant, par son abus, la mobilité anormale de l'esprit et la perte du jugement. C'est par ces pratiques fâcheuses dans l'éducation que l'élève s'approche de cette ligne mal délimitée qui sépare la raison de la folie.

©BIUM

Ces prémisses posées, M. Kesteven aborde l'étude des habitudes morbides, qu'il divise en quatre groupes, suivant qu'elles proviennent : de l'indulgence de l'individu, de conditions cérébrales héréditaires, d'une éducation vicieuse, d'un manque absolu d'éducation.

1. Dans le premier se rangent l'onanisme, l'alcoolisme, les habitudes qui naissent de l'abandon de l'homme à ses instincts, comme la passion bestiale. La propension à la fureur et à la vengeance, qui se manifeste chez les individus des deux sexes qui en sont victimes, en fait des êtres dangereux. Dans la sphère mentale, l'exagération qui porte au mensonge, l'indifférence, l'indécision, le goût de la tromperie sont des habitudes fâcheuses qui rendent l'homme tôt ou tard incapable de vivre parmi les siens.

2. Toutes les habitudes précédentes peuvent être héréditaires. Celles qui sont le plus fréquemment liées à l'hérédité sont l'alcoolisme, les abus sexuels, la fausseté, le manque de décision et la paresse. Les habitudes héréditaires se distinguent par leur ténacité et leur durée. Elles paraissent plus profondément enracinées.

3. Les habitudes imputables à la mauvaise éducation sont celles qui font les criminels d'habitude. Les enfants de cette catégorie sont entraînés dès l'origine dans le sens des idées perverses. Ils grandissent à côté des ivrognes et le gin sert à les calmer. La même éducation fait des voleurs et des assassins. Façonnés par une morale antisociale, ils deviennent des révoltés, des malfaiteurs, des dynamiteurs, aussi évidemment aliénés que des idiots microcéphales.

4. Les habitudes de la quatrième catégorie naissent du manque d'éducation ; elles sont d'origine atavique et leur caractère est bestial. On les découvre dans toutes les couches de la société. Les sujets qui en sont affligés peuvent emprunter au milieu où ils vivent un vernis trompeur. Mais ce vernis s'effrite trop aisément, laissant à découvert la brute. On les voit alors dépourvus de sens moral, adonnés à l'alcoolisme, dominés par des vices honteux.

D'autres habitudes mauvaises se montrent chez eux, qui sont d'ordre subjectif et mental. Elles correspondent au raisonnement et aux éléments dont il est formé : curiosité, attention, esprit de recherche et de discernement, etc., dont l'éducation n'a pas développé l'usage. M. Kesteven montre les conséquences déplorables qui résultent du défaut d'exercice de ces

©BIUM

facultés. Sans l'attention, pas de mémoire, pas d'acquit intellectuel, d'où le vide de l'esprit. Plus tard le sophisme et l'intuition se substituent au raisonnement correct, et l'aboutissant ultime est l'obnubilation irrémédiable du jugement et de la conscience.

Le manque de volonté par défaut de culture n'est pas moins funeste. Il engendre le caprice, la tergiversation, l'obstination. Il faut se garder de confondre l'obstination avec l'exercice de la volonté.

Les affections et les émotions ont une tendance semblable à se figer dans l'état d'habitude. Celle du contentement placide correspond à une condition paresseuse de l'esprit. Cette satisfaction se voit chez certaines populations arriérées, telles que les serfs de Russie, les habitants de quelques régions agricoles en Angleterre. L'auteur estime que cet état psychique est le fruit d'une nutrition incomplète qui produit l'inertie mentale.

Il fait ensuite une critique véhémente de l'esprit de saillie, de la manie des bons mots et des calembours, qu'il accuse de pousser ceux qui les pratiquent vers un affaiblissement progressif. Leur intelligence superficielle, jamais sérieusement cultivée, devient inapte à un travail sérieux. Les individus que leur naturel pousse à la satire et au sarcasme deviennent odieux à leur entourage. Ils n'aiment personne et perdent le sentiment de la pitié. Ils vivent dans la solitude, leur esprit se contracte, se ratatine (*shrinks in all its dimensions*) et ils finissent dans un misérable isolement. La perversion habituelle des sentiments altruistes devient parfois un symptôme de folie. Le fait est heureusement rare; mais il n'en est pas moins vrai que l'égoïsme habituel produit l'indifférence et tend à supprimer les affections naturelles.

Les émotions morales reconnues saines, comme le sentiment du devoir, ont besoin de l'éducation pour se développer. La méconnaissance habituelle du devoir rend les enfants incapables de se conduire dans la vie. L'auteur blâme energiquement la pratique des mères qui s'abstiennent d'initier leurs filles à la direction de la maison en gardant pour elles-mêmes toute la responsabilité. Les enfants passent tout leur temps à l'école et y sont surmenées intellectuellement. Cette erreur est déplorable. Rentrées dans la famille, elles sont tout heureuses d'être enfin déchargées d'un joug pesant; elles tombent dans l'excès contraire, deviennent paresseuses, et leur esprit oisif se tourne vers la dévotion ou la galanterie. Chaque faculté mentale

©BIUM

réclame un exercice robuste et énergique, et le sentiment de la responsabilité doit être cultivé, sous peine de frapper l'esprit de déchéance.

C'est dans les conditions morales de la vie qu'est le germe des habitudes, d'un caractère moins subjectif, étudiées au début de ce mémoire. Leur permanence conduit à la folie. L'impureté, l'ivrognerie, la sensualité, le libertinage, deviennent des exemples de folie morale. Au fond de chacune d'elles on trouve l'égotisme et si l'on pouvait supprimer cet élément, on aurait fait un grand pas dans le traitement de cette vésanie.

Il est cependant de nombreux cas qui ne vont pas jusqu'à la folie, dont les sujets sont simplement incommodes et insociables. C'est à ces cas atténués que M. Kesteven voudrait appliquer une méthode curative. Il cherche d'abord à en fixer le pronostic, en déterminant l'âge de l'habitude, sa nature, son origine, en recherchant si elle est idiopathique ou héréditaire, si elle est due à un vice d'éducation. Il affirme qu'une habitude morbide qui n'a pas encore produit de lésion organique n'est pas incurable.

Il puise une donnée, pour le traitement, dans l'observation du régime pénitentiaire, dont l'influence sur les prisonniers est tellement heureuse qu'ils sortent améliorés de la geôle. Ils doivent cet amendement à un repos forcé, à un régime restreint et surtout à la cessation brusque de leurs habitudes, qu'une règle rigoureuse leur impose. Notre confrère voudrait transporter dans la vie ordinaire ces trois conditions, repos, diète et discipline. En réalité, la formule se résume en un mot : changement. C'est le changement qui, dans les mains du médecin, doit accomplir l'œuvre curative. Mais, dans la vie libre, les malades ne sauraient le subir de force, ils doivent y être amenés doucement, par suggestion. Ils ne seront pas confiés à leur famille ou à leur entourage habituel, mais à des aides étrangers dont l'action est plus sûre. Le changement ne consiste pas à pousser le malade vers une vie agitée et tumultueuse ; cette perturbation perdrait rapidement son effet et serait même nuisible avec des hommes adonnés à une profession sédentaire. Mais on lui prescrira une existence tranquille, propre à modifier lentement les idées et les tendances de l'esprit. Le traitement peut être long; un minumum de six mois est demandé par l'auteur pour arriver à supprimer une habitude morbide.

XV. — *Craniectomie chez les idiots avec notes sur un cas ;* par le Dr Telfort Smith (numéro de juillet). — L'enfant est

©BIUM

âgé de huit ans, né de parents sains et sobres (teatotallers). Il a un frère aîné bien constitué. Il est venu à terme, mais il a dû être délivré avec le forceps. Il était asphyxié au passage et l'on suppose qu'il a été sous le coup d'une congestion sanguine ou même d'une légère hémorragie méningée. A l'âge de trois ans on s'aperçoit de son insuffisance mentale. Il a marché à deux ans, mais n'a jamais parlé. Ses organes sensoriels sont intacts et il n'offre aucun signe de paralysie. L'enfant marche et court sans aide ; il mange à la cuillère, mais n'est pas en état de s'habiller seul. Il est à l'occasion malpropre. Il est curieux, mais incapable d'attention. Ses traits sont naturels, son palais a une hauteur anormale, sa denture est correcte et sa peau est saine. Notre confrère considère ce cas clinique comme une idiotie traumatique d'origine dystocique avec une légère tendance à la faiblesse mentale originelle (mère émotive).

Le chirurgien a pratiqué successivement en trois fois et avec succès, l'ablation de trois bandes linéaires au crâne, le 13 août, le 27 août et le 12 septembre. Vingt mois plus tard, l'enfant était dans le même état, son intelligence n'avait pas progressé et il ne parlait pas. Le seul bénéfice apparent de l'opération était la disparition d'une excitation douloureuse qui le portait à se frapper violemment la tête avec les mains et lui faisait pousser des cris aigus. Il est devenu calme avec une sensibilité normale. Une amélioration du même genre a été observée chez un enfant microcéphale opéré par M. Victor Horsley en 1896. Ce cas clinique a été résumé dans une précédente analyse.

XVI. — *Discours présidentiel prononcé à la LVI^e réunion annuelle de l'Association médico-psychologique à Newcastle ;* par M. Mac Dowald, le 29 juillet 1897 (numéro d'octobre). — *Les aliénés dans l'Inde et leur traitement,* tel est le sujet choisi cette année par le nouveau président. De sa dissertation, aussi élégante que documentée, il faut extraire d'abord des détails statistiques inédits sur la folie dans l'empire indien.

La région sur laquelle s'étend la domination anglaise n'a pas moins de 17.000.000 de milles carrés, sur lesquels 750.000 forment un État indigène, soumis au protectorat. Sauf ce territoire protégé, tout le reste vit sous l'administration britannique. En 1891, le recensement a donné le chiffre, en gros, de 288.000.000 d'habitants dont 66.750.000 appartiennent à l'État indigène. En tenant compte de l'accroissement produit depuis 1891, le chiffre total actuel doit être de 304.000.000, dont les 3/5 sont gouvernés à l'européenne.

©BIUM

Le nombre des aliénés traités dans les asiles indiens est remarquablement faible. Tandis qu'en Angleterre il y a 3 aliénés hospitalisés sur 1000 habitants, la proportion dans l'Inde n'est que de 1 sur 70.000 (4.311 sur 304.000.000).

Où sont les autres? un peu partout, dispersés et abandonnés, errant dans le pays, où ils sont traités avec bonté, grâce au préjugé religieux qui les considère comme des êtres bénis de Dieu.

M. Mac Dowald indique la répartition des aliénés dans les établissements de l'Inde. L'État indigène ou protégé n'a qu'un seul asile. A une certaine époque, pour des raisons politiques, la province de Mysore fut englobée dans le gouvernement indien et l'asile fut alors créé. Plus tard, Mysore a été rendu à son ancien régime de protection et a gardé son asile, qui est situé à Bangalore et a peu d'importance. En 1890, il hospitalisait 189 malades, parmi lesquels les femmes représentent une proportion de 26 p. 100. Il contient 24 aliénés criminels.

Le tableau ci-contre, qu'il nous a paru bon de reproduire, montre la topographie de l'assistance aliéniste dans les provinces du gouvernement.

PROVINCES	Nombre d'asiles.	MALADES TRAITÉS à la fin de 1895.			NOMBRE de criminels.		
		Hommes.	Femmes	Total.	Hommes.	Femmes	Total.
Madras.	3	475	148	623	142	18	160
Bombay.	6	566	141	707	91	10	101
Furmah.	1	223	30	253	79	5	84
Provinces centrales.	2	245	69	314	84	8	92
Punjab.	2	269	73	342	71	4	75
Bengale.	5	726	197	923	408	55	463
Assam.	1	83	22	105	18	1	19
Provinces du nord-ouest et ouest. . .	4	850	194	1.044	142	18	160
	24	3.437	874	4.311	1.035	119	1.154

Dans toute l'étendue de l'empire asiatique, il y a 1 individu sur 53.000 habitants séquestré à l'asile, et en considérant les

©BIUM

sexes, on compte 1 homme sur 33.460 et 1 femme sur 131.578. La statistique précédente montre encore un fait saisissant : sur 4.311 individus internés, 1.154 sont criminels. Ces chiffres semblent établir que les aliénés ne sont séquestrés que lorsqu'ils sont dangereux et parvenus à la limite de la criminalité.

La faible proportion des aliénés traités dans les asiles s'explique par les mœurs et l'esprit de caste qui gênent le placement des malades. Dans l'Est, les femmes sont peu considérées et l'on se résout malaisément à payer leur entretien. En outre, la loi religieuse (purdah) astreint le sexe féminin à des exigences rigoureuses ; une femme ne peut être regardée par un profane sans encourir, selon la croyance publique, une flétrissure en ce monde et la perdition dans l'autre. Aussi, l'accès de l'asile leur est à peu près interdit, ce qui justifie leur petit nombre. D'après des personnes dignes de foi, les aliénées forment une foule ; mais on s'en débarrasse par des moyens sommaires (poison, faim, morsure de serpent, noyade).

Les nombreux correspondants de M. Mac Dowald sont mal renseignés sur les aliénés. Il a pu cependant tirer de leurs lettres quelques détails qui ne sont pas sans intérêt.

A Rajputana, les femmes aliénées sont du type imbécile ; elles errent en liberté comme des enfants. Parfois elles s'agitent et provoquent des scandales. Les hommes vivent sous le même régime de liberté et sont tolérés par les habitants. En quelques points de cette province se trouve un bâtiment à proximité de la prison, où les malades peuvent être placés par leurs familles, sur un certificat de médecin.

Malgré les mariages précoces et consanguins, il y aurait moins d'aliénés à Madras que dans les hautes terres d'Ecosse. Ils n'y sont pas traités pour la plupart, la masse du peuple regardant la folie comme une possession démoniaque. Ce sont les incantations du prêtre qui forment la thérapeutique, parfois au détriment du malade. Une femme atteinte de folie puerpérale a succombé à la fatigue et à l'insomnie causée par le tapage fait autour d'elle par les amis et voisins dans le but de la traiter.

Dans le Bengale et le Muhammadan, on est surpris du nombre restreint des femmes hospitalisées. C'est dans ces provinces que les habitants passent pour faire disparaître leurs femmes, soit pour se dérober à une dépense, soit que les infortunées aient violé le terrible « purdah ». La même opinion

©BIUM

est exprimée par une dame attachée à l'hôpital de Poovna. Cette dame voudrait voir créer une assistance hospitalière plus en rapport avec les besoins et la fortune des habitants d'origine européenne. La région est bien pourvue d'un asile gouvernemental, mais il est insuffisant.

Notre confrère inflige à l'administration des asiles indiens une critique sévère et méritée. Il lui reproche d'être calquée sur le type officiel, avec la paperasserie inévitable qui rend leur tâche odieuse à tous les directeurs. Deux asiles seulement ont leur médecin en chef résidant à l'asile. Il en résulte que presque partout l'administration tombe aux mains d'un personnel subalterne. Les chefs d'asile cumulent leur emploi avec d'autres fonctions civiles et n'acquièrent qu'une faible expérience comme aliénistes. L'Inde ne possède pas de commission de l'aliénation mentale (lunacy board), et aucun directeur n'y est digne du nom de spécialiste. M. Mac Dowald s'en prend à l'exiguïté du budget, qui ne permet pas de pourvoir les asiles d'un personnel exercé et suffisamment nombreux. La direction éclairée des malades n'est pas possible et les conditions hygiéniques en souffrent.

Certains établissements sont misérablement installés. Le directeur de Madras se répand en plaintes étranges sur l'accommodation vicieuse de ses quartiers, où l'isolement des malades est irréalisable. Les gardiens indigènes, choisis dans la bonne classe, sont tout à fait incapables ; ils traitent les aliénés comme des bêtes humaines.

L'asile n'a pas de bains...

Mais le plus grand reproche qu'on puisse faire à cette assistance est le mode de recrutement des directeurs médecins, qui ne résident pas, font de la clientèle et négligent forcément leurs fonctions à l'asile, où trop souvent la tâche est énorme pour un homme consciencieux. Ce système déplorable d'administration est courageusement critiqué par le même directeur. Son établissement est immense (67, 89 acres) et les détails de la gestion matérielle absorbent tout son temps et toute sa responsabilité. Les fonctions d'économe n'y laissent aucune place à celles de médecin. Il s'élève encore contre l'admission de criminels à l'asile, pratiquée depuis peu de temps. L'asile et la prison sont incompatibles.

Deux membres de la commission du haschisch, chargés d'inspecter chaque asile dans le sens de leur enquête spéciale, ont rapporté leur impression générale sur l'hospitalisation des

©BIUM

aliénés. Elle a été très défavorable, surtout aux petits asiles. Ils critiquent moins le personnel que ce vice d'organisation en vertu duquel un directeur peut se décharger de son devoir professionnel sur des subalternes. De nombreux abus ont été signalés par ces hauts fonctionnaires, comme la promiscuité des malades agités et incommodes avec des convalescents, des individus guéris et d'autres n'ayant jamais été aliénés ; comme des autopsies faites en plein air en présence des malades... A part quelques tentatives pour distraire et employer les aliénés dans quelques provinces, on peut affirmer que le traitement systématique de la folie n'existe pas dans l'Inde. L'orateur termine son *adresse* par les vœux suivants :

Si les femmes indiennes pouvaient un jour être admises à bénéficier d'une hospitalisation, il y aurait lieu de créer en des endroits convenables des institutions spéciales entièrement desservies par des femmes. Cette réforme serait un bienfait pour les femmes anglaises qui cherchent une situation et trouveraient dans l'Inde une carrière.

L'élément criminel devrait être proscrit des asiles existants et les aliénés criminels traités dans des établissements semblables à Broadmoor. Il faudrait renoncer à confier le soin des aliénés à des médecins de l'armée, qui ne sauraient, avec les obligations de leur service, devenir de bons directeurs.

XVII. — *Quelques aspects mentaux de la musique* ; par M. Hayes Newington (numéro d'octobre). — La musique sous toutes ses formes met en jeu, à des moments divers, tous les attributs du cerveau. Cette action, qui s'étend sur et à travers le cerveau, est semblable à celle qui s'exerce sous d'autres influences. Les mêmes éléments de l'organe peuvent être employés activement ou passivement dans des directions différentes et parallèles, *mutatis mutandis*. En un mot, aucune part ni aucune fonction de l'appareil cérébral n'est spécialement réservée pour la musique.

Telle est la thèse qu'a soutenue M. Newington devant la Société médico-psychologique et qui lui a fourni le sujet d'une curieuse étude.

Il analyse à l'état normal la fonction musicale. Un examen attentif du phénomène de la phonation lui a permis de saisir la transition entre le son musical et le son parlé.

Un prêtre récite des prières dans l'église avec les inflexions d'un langage parlé. Si l'église est vaste, il s'efforcera de rendre sa diction moins fatigante en supprimant les inflexions et en

©BIUM

prenant un ton soutenu d'une tonalité proportionnelle aux dimensions du vaisseau. Par ce procédé, l'émission de la voix sera plus intense et donnera une note continue et uniforme. Déjà, le son musical commence à se montrer ; encore un degré et tous les réservoirs d'air qui concourent à former le son, poitrine, larynx, gorge, bouche, cavités nasales, seront impliqués dans la psalmodie et le chant naîtra. La même analyse est applicable aux crieurs de la rue, aux veneurs en chasse. La plainte amoureuse du rouge-gorge ne dépasserait pas le groseillier où il perche, s'il n'avait le chant pour renforcer sa voix. L'accroissement de la sonorité vocale est donc la première condition à réaliser pour que le chant se produise. L'effet musical en est une dérivation naturelle. Si le prêtre qui psalmodie rompt la monotonie de son récit et ajoute une simple note plus ou moins élevée, on assiste au début de la mélodie.

Mais, entre l'émission d'une simple note et celle d'un groupe, d'une combinaison de notes chantées dans le but de produire un effet, il y a une distance, car au second fait correspond le commencement d'un effort mental. Cet effort se manifeste lorsqu'un homme chante avec un autre ou avec un instrument et qu'il cherche à produire une note identique à celle qu'il entend. Il doit recueillir la sensation auditive, puis la percevoir ; cela fait, il demande à son appareil kinesthétique d'émettre une note identique à la note perçue. On remarquera que le mécanisme qui réalise ce travail est le même qui modifie les inflexions de la voix parlée. C'est au moyen d'une série d'essais, plus ou moins pénibles suivant les personnes, qu'on arrive à exécuter un chant juste, à obtenir un rapport satisfaisant entre la perception et l'action kinesthétique appropriée. L'éducation parfois est difficile ; chez certains sujets, elle est impossible. Elle est basée sur la comparaison mentale.

Tant que la note modèle se fait entendre, l'imitation est relativement facile ; mais, si elle a cessé de vibrer, le cas se complique ; car le chanteur doit faire intervenir un élément nouveau, une image mentale, et il exécute son chant sous l'impression de souvenirs gravés dans les centres corticaux. Le chant harmonique réclame incessamment une évocation semblable. Le musicien sait par expérience, que certaines notes se combinent heureusement avec la note qu'il traite, tandis que d'autres produisent avec elle un effet déplaisant. Ces groupes de notes qui ont des rapports harmoniques deviennent par la

©BIUM

pratique des images auditives fixées dans le cerveau. La même remarque s'applique à la suite de notes qui constituent la mélodie, à la production de laquelle concourent la mémoire générale et la mémoire des images ou sensorielle.

Le musicien qui lit la musique n'a pas seulement à sa disposition le stimulant auditif, il fait appel aussi au stimulant visuel, et les lettres, signes qu'il déchiffre sur le papier, lui viennent en aide pour sa lecture. S'il joue d'un instrument, les activités motrices sont transférées des centres de vocalisation vers ceux qui régissent les mouvements des doigts, des bras et des mains. L'exécution est subordonnée à la connaissance des symboles qui indiquent les variations, la durée, l'intensité du son.

Si l'on compare les méthodes par lesquelles se produisent l'action et la pensée musicales avec celles qui donnent lieu à d'autres actions et à d'autres pensées, à l'aide des stimulants externes et de la volonté, on voit qu'elles ne diffèrent pas, les variations dans les effets étant liées à la nature du stimulant, sous le contrôle des centres supérieurs.

L'auteur nous montre ensuite le cerveau du musicien sous le coup d'une multiplicité de stimulants divers, mais confus, agissant instantanément, et d'une masse de perceptions, de conceptions et d'actions kynesthétiques. Si l'on considère l'abondance et la diversité des opérations mentales réalisées par un organiste improvisateur, on est forcé d'admettre qu'une grande partie de ces opérations sont de nature réflexe, un stimulant donné pouvant provoquer la perception, sans que l'intervention des centres supérieurs soit nécessaire.

M. Newington ajoute quelques réflexions sur l'influence de la musique sur l'auditeur et démontre qu'elle est faite d'éléments divers.

L'émotion provoquée par la musique n'a pas, d'après lui, un caractère spécial, à moins d'être aidée par l'association. Lorsqu'un homme se montre ému par une phrase musicale, il importe de s'assurer s'il ne subit pas l'influence de facteurs étrangers. Mieux que tout autre stimulant cérébral, la musique est capable de faire naître des associations et des reviviscences de mémoire. L'homme aura entendu autrefois une pièce de musique dans des conditions particulières; l'audition de la même pièce donnera lieu plus tard à la manifestation de sentiments identiques. L'exécution d'un morceau, les personnes qui le jouent, la réputation du compositeur contribuent à créer l'état

©BIUM

émotif. Le sens des paroles, quand il y en a, apporte aussi son influence ; la religion, le patriotisme s'unissent à la musique pour déterminer l'effet poignant, dans lequel le morceau entre en réalité pour une part très faible. Psychologiquement, les attributs physiques du son musical n'ont pas de qualités spéciales. L'excitation sensorielle auditive ne diffère pas de celle du goût et de l'odorat. Elle est simplement agréable ou désagréable ; le plaisir ou la peine qu'elle produit peut être limité à la zone sensorielle sans s'étendre au cerveau supérieur. L'idiot éprouve plus vivement qu'un homme sain d'esprit les effets de la musique sans s'en rendre compte.

L'homme intelligent cherche un but ou une intention quand il écoute une œuvre. Elle lui apparaît sous la forme du ton, de la mesure et du rythme. Cette intention, dont l'influence sur l'auditeur est énorme, réside entièrement dans l'esprit du compositeur. Lorsqu'elle n'est pas comprise, l'intérêt de l'œuvre est médiocre. Il en est de même pour les œuvres de peinture ; mais, tandis que, pour ces dernières, le mouvement indiqué par l'intention de l'artiste ne se révèle qu'à la suite d'une observation intelligente, le mouvement est l'essence même de la musique et il apparaît d'emblée dans un morceau musical, sans analyse préalable.

En général, l'effet d'une pièce musicale est donné par le temps, c'est-à-dire le nombre d'impressions fraîches qui se suivent dans l'oreille dans un temps donné. Que cette mesure soit lente ou rapide, cette succession doit se faire avec ordre. L'auteur estime que le rythme est le facteur prépondérant de l'influence musicale. Dans une digression spirituelle, il note le rôle important du rythme dans le monde et chez les êtres, les services qu'il rend aux travailleurs en réglant l'action musculaire, et il remarque que la suspension d'un rythme pour l'oreille est une cause de désappointement et de souffrance.

La musique implique le mouvement. La suggestion du mouvement, à l'esprit fait naître la suggestion d'une activité physique associée. Le rythme détermine la nature de cette activité. Il est utile dans la marche qu'il rend agréable. Le pied du marcheur frappe le sol en mesure et son pas anticipe sur le son musical. Si la coïncidence est détruite, l'homme éprouve du malaise. La création des danses diverses répond au besoin qu'ont éprouvé les hommes de varier le rythme, et les airs rythmés qui suggèrent des mouvements appropriés différents.

M. Newington émet l'avis, en terminant, que le médecin

©BIUM

pourrait trouver dans la musique une ressource précieuse dans l'étude du fonctionnement cérébral. Mieux que la langue, les doigts et le larynx seraient capables de l'amener à la découverte d'une altération mentale.

XVIII. — *Tuberculose chez les aliénés, sa prophylaxie;* par M. Eric France (numéro d'octobre). — A l'asile de comté de Northumberland, la mortalité causée par la tuberculose va toujours en augmentant. M. France passe en revue lea modes d'infection du microbe : contamination du fœtus par la mère, inoculation, ingestion, inhalation. C'est ce dernier qui est le plus fréquent et le plus dangereux.

D'après Osler les tuberculeux avancés expulsent journellement par leurs crachats des millions de bacilles. Chez un phtisique dont l'expectoration quotidienne était de 70 à 130 centimètres cubes, Nutall a trouvé par sa méthode que ce malade avait rejeté par les crachats, en deux mois, 1 billion 1/2 à 4 billions 1/3 de bacilles. Cornet affirme que la poussière recueillie dans une chambre où une femme tuberculeuse avait vécu et était morte était encore infectée six semaines après la mort.

La phtisie ne guérit pas, et le médecin doit porter ses efforts vers la prophylaxie de la terrible maladie. Parmi les moyens prophylactiques, on a mis au premier rang la ventilation. Mais c'est une illusion d'espérer que les meilleurs procédés d'aération puissent empêcher la dissémination de la poussière infectieuse. Pour M. France, le seul moyen préservatif est l'isolement pratiqué de bonne heure. Or, pour y arriver, on doit pouvoir poser un diagnostic précoce. La science est en mesure aujourd'hui de le poser, ce diagnostic, avec la tuberculine de Koch.

Nous arrivons à l'objet principal de cette étude, dont l'auteur a fait des injections méthodiques de tuberculine à ses malades pour déceler l'existence de la phtisie, avant qu'elle se manifeste par des signes cliniques évidents. Nous donnons le résumé de ces essais :

1° Chaque malade est soigneusement pesé au commencement de chaque mois;

2° Tout aliéné qui a perdu plus de cinq livres dans un mois, ou qui a subi une déperdition graduelle de poids depuis une longue période, est soumis à l'examen. Si la perte de poids ne peut s'expliquer par une cause naturelle, physique ou mentale, le nom du malade est porté sur une liste de suspects. Sont aussi regardés comme suspects les malades qui offrent des signes douteux de phtisie.

©BIUM

Tous les suspects sont injectés à la tuberculine. On prend d'abord leur température. Le lendemain, avec les précautions aseptiques ordinaires, ils reçoivent sous la peau 1 centimètre cube d'une solution au centième de tuberculine originelle de Koch. La température est notée toutes les trois heures. Si, dans les douze heures qui suivent, l'élévation thermique dépasse deux degrés, le diagnostic est acquis.

Notre confrère a injecté 40 malades; sur ce nombre, 18 n'étaient pas suspects et servaient de contrôle. Ils n'ont pas présenté de réaction. Sur les 22 suspects, 15 ont eu la fièvre caractéristique. Elle a fait défaut chez 7. Les 22 se partagent comme il suit : 4 étaient affectés de tumeurs ganglionnaires et ont offert la réaction de la tuberculine; elle s'est encore montrée chez 11, sur lesquels 6 n'avaient aucun symptôme de phtisie. La perte de poids, la toux et l'amaigrissement avaient fait soupçonner chez ces derniers le début d'une tuberculose. Ces 11 cas ont eu le sort suivant : Des 6 qui n'offraient aucun signe au moment de l'injection, 1 est mort tuberculeux, 2 ont fait des progrès rapides, 3 sont restés stationnaires. Les 5 autres avaient eu des symptômes non douteux de phtisie et la réaction a été bien nette, pour la confirmation de la doctrine. On a vu que l'expérience avait été négative chez 7 malades suspects, 1 est sorti guéri de sa folie, 4 n'ont éprouvé aucune atteinte de la maladie. Chez les 2 derniers, la phtisie semblait avoir été reconnue cliniquement et l'épreuve de la tuberculine pouvait passer pour un insuccès. Or, ces deux malades sont morts plus tard et l'on a pu constater chez eux les lésions de la pleuro-pneumonie, sans infiltration tuberculeuse. Les 7 malades réfractaires n'étaient donc pas phtisiques; l'emploi des injections de tuberculine est donc précieux pour le diagnostic de la phtisie au début et permet de prescrire de bonne heure l'isolement préconisé par M. France. Ces injections sont absolument inoffensives.

XIX. — *Histologie normale et pathologique de la névroglie, spécialement dans ses rapports avec les maladies mentales;* par M. Ford Robertson (numéro d'octobre). — Pour faire suite à l'article critique qu'il a publié dans le numéro de janvier, M. Robertson, pathologiste des asiles d'Écosse, écrit une monographie concise, mais substantielle, sur l'anatomie normale et morbide de la névroglie, qu'une nouvelle méthode de durcissement et de coloration lui a permis d'étudier avec fruit. Il traite successivement du développement de ce tissu, de sa structure et

©BIUM

de ses fonctions, du rôle qu'il faut lui attribuer dans les processus de réparation et de ses altérations morbides, principalement dans la folie.

D'après les observations de Golgi (1885) sur la moelle du poulet, le tissu de soutènement du système nerveux central consiste, au premier degré du développemeent, en des cellules épithéliales longeant le canal neural. Des prolongements rayonnent de ces cellules et se terminent sous la pie-mère. Golgi affirme que la névroglie procède de ces corps cellulaires et que son origine, en conséquence, est entièrement épiblastique. C'est l'opinion de l'auteur.

Depuis la découverte de ce tissu par Virchow en 1846, les vues qui ont été émises sur sa structure peuvent se diviser en quatre groupes :

1° Kölliker en 1862, et plus tard Deiters, Golgi, Ramon y Cajal, Lenhossek, van Gehuchten, Shöfer, Pellizzi, etc., admettent, sauf quelques variations de peu d'importance, que la névroglie est entièrement composée de petites cellules pourvues de prolongements très nets, ondulés et peu ramifiés, qui se terminent librement ou s'attachent aux parois des vaisseaux. Il n'y a pas de fibres indépendantes ni de cellules sans prolongements ;

2° En 1883, le professeur Ranvier, auquel s'est rattaché Weigert, veut que la névroglie soit formée de cellules à noyau et de fibres chimiquement distinctes et morphologiquement séparées du protoplasme des cellules. Weigert nie les rapports des fibres avec les vaisseaux et soutient qu'elles ne se ramifient pas ;

3° Bevan Lewis décrit deux espèces de cellules, les unes petites, sans prolongements, les autres grandes, pourvues de prolongements délicats et nombreux dont quelques-uns s'attachent aux vaisseaux. Il admet une substance fondamentale moléculaire et amorphe ;

4° Andriezen voit dans la névroglie des cellules-fibres et des cellules protoplasmiques ; ces deux formes de cellules se développeraient aux dépens de feuillets blastodermiques différents.

C'est la première de ces théories qu'adopte M. Robertson, tout en convenant que les idées de Weigert ont fait une profonde impression dans le monde savant. Il les combat par des arguments fournis par l'observation micrographique. Nous ne reviendrons pas sur cette démonstration qu'on a pu lire dans le numéro de janvier et nous aborderons la description du tissu

©BIUM

névroglique donnée par notre confrère, tel que sa nouvelle méthode technique lui a permis de le découvrir.

La névroglie se compose de cellules nettement ramifiées, variant en volume et en nombre et aussi au point de vue de la disposition de leurs prolongements. Les noyaux sont ovales ou ronds avec une membrane nucléaire proéminente et des filaments chromatiques uniformément distribués à travers la matrice. Le protoplasma, primitivement abondant et uniforme, se différencie plus tard en une substance plus dense qui forme des fibres délicates. Dans quelques préparations, cette différenciation paraît bien évidente ; mais les fibres conservent leur union anatomique et physiologique avec la cellule. Elles ne finissent pas dans celle-ci, mais la traversent pour se prolonger au delà et se réunissent parfois deux à deux pour former une seule fibre qui ne tarde pas à se bifurquer à son tour. A une grande distance de la cellule les fibres se ramifient rarement et ne s'anastomosent jamais. Elles ne sont pas creuses, comme quelques-uns l'ont pensé, mais pleines. Probablement lisses, elles apparaissent droites ou légèrement incurvées et chaque fibre offre le même calibre dans toute sa longueur. Un grand nombre s'attache à la tunique adventice des vaisseaux, soit directement, soit par des expansions en éventail. Leur rapport avec les éléments nerveux n'est pas encore bien connu.

Les cellules névrogliques abondent surtout dans la substance blanche, dans le premier feuillet de l'écorce, sous l'épendyme des ventricules et autour des grands vaisseaux. Le plus beau type se trouve sous la pie arachnoïde et sous l'épithélium des ventricules où elles se condensent en un tissu feutré délicat.

Ce feutrage devient plus abondant avec l'âge et il ne faut pas le confondre avec la sclérose.

La direction des fibres varie selon les organes adjacents avec lesquels elles s'accommodent. Sous la pie arachnoïde, elles rampent parallèlement à cette membrane ou plongent dans la substance grise; elles suivent aussi la direction des vaisseaux. Partout ailleurs elles rayonnent dans tous les sens. La différence de volume des cellules s'explique par leur âge plus ou moins avancé. La durée de ces éléments est limitée et le tissu est soumis à une rénovation lente et incessante. Les cellules sont à des degrés divers de développement.

Parmi les fonctions multiples qu'on a voulu attribuer à la névroglie, deux paraissent nettement établies : l'une de soutènement du tissu nerveux, l'autre de réparation. Dans ce dernier

©BIUM

cas, la névroglie joue le même rôle que le tissu fibreux dans les autres parties de l'économie.

L'auteur étudie l'action des agents irritants sur les cellules. Elles se gonflent, s'hypertrophient, puis prolifèrent par karyokinèse. En proliférant, elles émettent de nouveaux prolongements qui s'attachent aux parois des vaisseaux. C'est un processus de sclérose avec la néo-formation de cellules et de fibres moins délicates que celles du tissu normal. Dans le travail de réparation d'une aire peu étendue du système nerveux central ou d'une fibre altérée, la névroglie nouvellement formée prend la place du tissu détruit. Quand la lésion est plus vaste, le travail réparateur est limité à la périphérie et le centre forme un kyste. Il faut remarquer que la névroglie interposée a la propriété, précieuse pour le cerveau, de ne pas se contracter comme une cicatrice ordinaire.

L'hypertrophie et la sclérose de la névroglie, communes chez les aliénés chroniques, sont-elles de nature inflammatoire? On ne saurait trancher aujourd'hui cette question et l'on ignore les caractères qui distinguent, dans la névroglie, l'inflammation de la simple hyperplasie. Dans de nombreuses circonstances, le phénomène réparateur a l'apparence d'une condition chronique sans prolifération abondante. Quoi qu'il en soit, l'hyperplasie peut être un élément morbide primitif ou secondaire. Il est primitif lorsque l'irritant qui en est la cause n'affecte pas les éléments nerveux, qui seront affectés ensuite par l'hyperplasie. Il est secondaire lorsqu'il est l'expression d'un travail de réparation consécutif à la perte des éléments nerveux.

La pigmentation des cellules est produite par l'accumulation, dans et autour du protoplasme, de globules homogènes colorés en jaune. Elle se voit surtout dans la folie sénile. Ces globules ne sont pas des corps colloïdes ni des globules de graisse.

Ils sont formés aux dépens du protoplasme et sont le produit d'une hypertrophie chronique de la cellule. Ils existent dans la sénilité normale.

L'auteur a fait quelques remarques intéressantes sur les altérations de la névroglie dans quelques formes d'aliénation mentale. Elles s'appuient sur l'examen de 300 cerveaux d'aliénés de l'asile d'Edimbourg et de 28 autres cerveaux pris dans les hôpitaux généraux.

L'hypertrophie et la prolifération excessives existent dans la paralysie générale moins souvent qu'on ne croit. M. Robertson les a constatées seulement sur un tiers des 64 sujets qu'il

©BIUM

a eus sous les yeux. Dans la majorité des cas, la lésion était peu marquée et limitée au feuillet extérieur de l'écorce et à la substance blanche. Elle a manqué souvent et ne doit pas être considérée comme une altération spéciale à la périencéphalite.

Par contre, elle est à peu près constante chez les séniles, où elle se localise au feuillet extérieur de l'écorce, où elle forme une bande feutrée sous la pie-mère. Chez la moitié des séniles, la névroglie de la substance blanche est légèrement hypertrophiée. La partie de l'écorce sous-jacente au feuillet extérieur et la substance blanche sont à peu près constamment indemnes, excepté quand il y a ramollissement atrophique. Les cellules hypertrophiées offrent la dégénération pigmentaire.

Les lésions de la folie alcoolique chronique sont identiques aux précédentes ; mais la pigmentation est plus faible et la localisation au feuillet externe de l'écorce est mieux limitée. Les alcooliques présentent la sclérose de la névroglie, des foyers de ramollissement de la substance blanche ; mais cette lésion est moins fréquente que dans la folie sénile.

Dans la folie épileptique chronique, le feutrage sous-piemérien est fréquent et abondant ; mais le changement morbide est secondaire et n'existe pas toujours. Chez 13 sujets, l'auteur a vu la sclérose de la corne d'Ammon ; mais cette altération s'étendait à tout le cerveau. Dans cinq cas, il a constaté une sclérose dense de l'organe. Bien que le durcissement pathologique se montre souvent dans l'épilepsie, il n'est pas constant et ne doit pas être considéré comme spécial à la névrose.

La névroglie n'est pas altérée dans la folie aiguë.

XX. — *Notes sur quelques cas de folie à deux chez plusieurs membres d'une même famille;* par M. Oscar Woods (numéro d'octobre). — Nous mentionnerons brièvement et pour mémoire ces nouvelles observations, destinées à grossir la collection des cas cliniques du même genre consignés dans ce recueil.

A. — Le père, cinquante ans ; la mère, quarante ans ; le fils, vingt et un ans ; la fille, dix-neuf ans ; sont admis le même jour, atteints de folie hystérique aiguë.

Quelques jours avant, le fils, simple d'esprit et scrofuleux, a eu une syncope dans l'église. La veille de l'admission, la famille s'est barricadée dans la maison. On a forcé la porte et on a trouvé les habitants se battant de façon sauvage. La mère voulait brûler son jeune enfant qu'elle prenait pour un esprit.

©BIUM

A l'asile, ils sont agités, surtout les femmes, se roulent par terre et poussent des cris. Ils ont des visions et se croient damnés. L'amélioration a été rapide et ils sont tous sortis après quinze jours de traitement.

B. — John C..., quarante-cinq ans; Daniel C..., trente-cinq ans; Kate C.... trente-deux ans; Ellen C..., trente ans; Maggi C..., vingt-quatre ans, admis à deux jours d'intervalle. John a été le premier atteint; Daniel s'est fatigué à lui donner des soins et est devenu aliéné huit jours après. Les deux hommes, entrés le même jour, étaient maniaques. Les trois jeunes filles regardaient l'événement comme providentiel. La privation de sommeil les a fait délirer et elles sont entrées à l'asile le surlendemain. Cette famille avait la tare héréditaire.

John, qui était agité et atteint de phtisie avancée, est mort le treizième jour. Daniel l'a suivi de près. Sitiophobe, il a dû être nourri à la sonde et il a succombé dans le marasme physique. Les trois jeunes filles étaient sous l'influence d'un délire mystique, très désordonnées et incohérentes. Elles ont guéri et ont quitté l'asile dans les quatre mois qui ont suivi l'entrée.

On relève dans ces deux cas cliniques un détail curieux : la cause attribuée par la rumeur publique à l'explosion de la folie. Dans le premier cas, c'est l'ingestion de la viande d'un mouton hydrophobe, ou de viandes gâtées. Dans le second, l'alimentation était encore incriminée; les malades avaient mangé d'une volaille mordue par un chien enragé, suivant les uns; les autres accusaient du méfait des viandes conservées américaines.

M. Oscar Woods ne fait qu'indiquer deux autres faits : 1° une mère et son fils; la mère atteinte de manie récurrente, peu susceptible de guérir; le fils a contracté un accès de manie aiguë au contact de sa mère et son affection est d'un pronostic favorable; 2° deux sœurs affligées d'une hérédité double et très chargée. La plus jeune, âgée de quinze ans, est aliénée depuis trois mois; l'aînée a été atteinte de manie aiguë pendant qu'elle soignait sa jeune sœur.

Dr Pons.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Zwei Fälle sogenannter « Folie par transformation, Folie en commun » (Deux cas de folie dite par transformation ou en commun); par le Dr Leo Finkelstein, de l'hôpital Saint-Nicolas, à Saint-Pétersbourg, — Leipzig et Vienne, Franz Denticke, éditeur, 1897.

La littérature médicale est presque pauvre en observations de folie communiquée; les cas en sont, d'ailleurs, des plus rares dans les asiles, peut-être, selon l'opinion de Kowalewsky, parce que « les diversités du naturel y sont extrêmes et que chaque malade exclusivement préoccupé de son propre délire, considère comme absurde tout système étranger, pour cette cause qu'il se trouve sans harmonie avec le sien. »

Il semblerait, en effet, que la communauté de préoccupations, d'intérêts, d'espérances, de craintes, de conditions sociales, constituât le facteur le plus favorable à l'éclosion de la « folie induite ».

Ces vues sont celles de Lasègue et Falret (1) qui signalent, en outre, comme cause adjuvante, chez les deux sujets, une disproportion marquée, en matière d'activité cérébrale et de puissance intellectuelle; ils ajoutent que le malade contaminé se voit, d'ordinaire moins profondément atteint que l'autre : de là le traitement, qui consiste surtout dans la séparation. James Kiernan (2) cite quatre cas de transmission morbide par un seul agent, dont les victimes furent un paralytique, un maniaque, un débile et un imbécile épileptique; il fait suivre cet exposé de trois autres relations analogues où les délirants sont groupés deux par deux seulement; dans chacun de ces *ménages* on voit figurer comme élément passif un individu

(1) *Ann. méd. psych.*, 1877, p. 353.
(2) *Journal of nervous and mental diseases*, octobre 1880, p. 639-43.

©BIUM

plus ou moins affaibli ; — des observations similaires sont rapportées par W. Jakowenko (1).

Quand à ces noms d'auteurs on a joint ceux de Parchappe (2), Hack-Tuke, Marandon de Montyel, et Chpoliansky (3), la bibliographie spéciale au « délire communiqué » se montre à peu près complète : c'est afin d'en étendre quelque peu les bornes que le Dr Finkelstein a cru bon de publier très en détail les deux observations dont ci-après le résumé.

I. Joseph Niburg, maquignon, trente ans, entre à l'hôpital Saint-Nicolas, le 25 septembre 1891. Taille moyenne, conformation et entretien physiques satisfaisants ; réaction pupillaire paresseuse; mouvements lents, parole traînante. Délire diffus à prédominance négative : le malade croit qu'on l'a raccourci, que sa tête ne lui appartient plus, qu'il n'a pas de langue, etc... Sait pourtant bien être à l'hôpital, connaît le mois, le jour, la date, donne des renseignements exacts sur ses occupations, son origine, ses antécédents ; ceux-ci, même après contrôle, sont indemnes de syphilis, d'accidents psychiques personnels ou familiaux et d'abus alcooliques, sauf durant les trois derniers mois, où le caractère du sujet changea progressivement en même temps que ses habitudes de tempérance : il devint pensif, grognon, négligent, décousu dans ses paroles et difficilement intelligible. Le 27 mai, Niburg, ayant bu jusqu'à l'inconscience, fut conduit à l'hôpital ; quelques jours ensuite, apparaissaient des hallucinations de la vue et de l'ouïe, aussi bien qu'un délire incohérent. Au quartier, le malade s'isolait ne parlait à personne... Même état jusqu'en décembre : sa voix est basse, entrecoupée d'éclats périodiques ; des questions pressantes l'amènent à exprimer des idées inconsistantes de persécution : son gendre l'a rendu malheureux, l'a volé, a voulu l'empoisonner, lui a ôté les aliments de la bouche, etc. Aucune systématisation encore, ni liaison dans ces plaintes... En décembre, apparaît un commencement de coordination : il se plaint journellement des corbeaux qui, du sommet des arbres voisins, l'abasourdissent de leurs cris, l'invectivent et le raillent ; ils sont envoyés par ses parents, afin d'extraire de sa tête, où elle s'emmagasine, la nourriture qui ne peut plus descendre dans son estomac : « Considérez attentivement mon corps, —

(1) *Das inducirte Irresein*, p. 99.
(2) *Ann. méd. psych.*, 1869, I, p. 511.
(3) Chpoliansky. *Le suicide à deux*, *Thèse*, 1885, p. 20.

©BIUM

dit-il, relevant sa chemise, — il est complètement vide! Frappez sur ma tête : il n'y a rien, là, non plus ! Pour l'amour de Dieu, docteur, chassez ces corbeaux !... » Sommeil rare et court, goûté seulement après une forte fatigue ; le patient est constamment en marche le long des couloirs ; il se plaint sans cesse des corbeaux, non seulement au médecin, mais à tout son entourage : il se montre, tantôt déprimé, tantôt surexcité, mais le fond de son délire ne change pas, jusqu'en 1894, moment où se produit une évolution mégalomaniaque significative : il a 200.000 roubles, il est prétendant au trône de Perse, etc... (Paranoïa hallucinatoire chronique.)

Le 8 mai 1872, entre à l'hôpital un autre aliéné, Joseph Linnama, cultivateur, âgé de vingt-huit ans. Taille, nutrition et corpulence ordinaires. Pas de lésions organiques internes. Dents irrégulièrement assises, voûte palatine surélevée ; réaction irienne tardive, tremblement fibrillaire de la langue, frémissement très accentué des mains ; exagération des réflexes musculaires, tant aux membres inférieurs que supérieurs. Pas d'antécédents propres ou familiaux. Incapable de léser personne, L... se serait plutôt montré, de tous temps, un peu passif et facilement influençable. Une peine d'amour a déterminé les troubles cérébraux qui motivent sa séquestration : il est, à l'entrée, abattu, comme affaissé ; il accuse des hallucinations et des préoccupations délirantes ; il redoute que dans son sommeil on vienne lui faire du mal et prie Dieu de rendre l'humanité meilleure ; il voit souvent des hommes noirs qui le menacent. Ses discours témoignent d'une lésion dans les facultés d'association : il perd aisément de vue le but final de l'entretien ; l'attention est affaiblie ; les notions de temps, de lieu, de personne sont complètes. A peine L... est-il arrivé à l'asile que Niburg l'adopte, en quelque sorte, et le prend sous sa protection : il le traite de compatriote, partage avec lui ses aliments, le conduit au lit chaque soir, et annonce à chacun que son ami, comme lui-même, est une victime des corbeaux. Le délire de L... ne varie cependant pas, jusqu'à fin mai : il persiste dans son apathie ; son laconisme devant les questions va parfois jusqu'au silence absolu ; il craint toujours les « hommes noirs » qui l'empêchent de dormir... La transformation débute par une imitation complète des faits et gestes de Niburg : là où il va, se rend L... ; s'il crache, L... expectore ; s'il tend la main à quelqu'un, L... exécute un mouvement semblable, etc. Bien que journellement entretenu par Niburg des hallucinations

©BIUM

et des préoccupations qui l'agitent, les premiers signes d'infection délirante ne se manifestent chez le nouveau venu que vers les premiers jours de juillet, où il annonce à son tour que les corbeaux troublent son sommeil en lui parlant comme à son camarade; bientôt, il s'approprie intégralement le système de ce dernier et le substitue, d'une façon durable, à son ancien délire, totalement disparu, absorbé en quelque sorte, quoique, dans ce mois de juillet, un changement d'humeur, fréquent chez ses pareils, eût définitivement éloigné de lui son inséparable.

II. Alexandre Grégorowitsch, noble, âgé de trente-six ans, est interné à Saint-Nicolas le 11 juillet 1891. Taille élevée, aspect somatique ordinaire; organes internes sains; asymétrie faciale; réflexe patellaire exagéré. L'examen psychique révèle un délire de grandeur et de persécution : le malade descend des Jagellon; il est souverain, roi de Lithuanie; il possède le titre d' « Hypnotiseur », par suite de son invention du « Téléphone aérien » (qui lui a valu, en outre, des différents gouvernements 102 millions de roubles en or) et de la « Diction » du traité de paix international, conclu en présence des ambassadeurs du monde entier... Son téléphone lui permet, en sa qualité de vice-président des Etats-Unis d'Amérique, de communiquer à volonté avec les fonctionnaires sous ses ordres; le grand perfectionnement de cet appareil consiste dans la suppression des fils : les courants traversent l'air à son gré, etc.

Les anamnestiques relatent plusieurs cas d'alcoolisme chronique dans la famille; le sujet a peut-être eu la syphilis, mais a sûrement fait une dothiénentérie; les débuts de l'affection mentale datent de deux années. A l'entrée, G... se montre surexcité par son internement qui va nuire aux affaires publiques et retarder le paiement de ses 102 millions de roubles; par la suite, il accable les médecins de lettres, réclamations, placets, pétitions, requêtes, etc., qu'il adresse à tous les grands personnages de Russie, d'Europe et d'Amérique. Entre temps, il use de son invention et s'entretient — parlant dans ses mains repliées en cornets — avec toute espèce de correspondants; il se plaint, parfois, d'être en butte aux effets de la science même qu'il a découverte, l'hypnotisme. Cet état devient chronique et le malade est transféré à l'asile de Saint-Pantéleimon, le 15 juillet 1893.

Dans le même quartier que G... se trouvait, à Saint-Nicolas, un malade, W. Urjupin, âgé de vingt-huit ans, fils de cocher, qui, entré le 17 avril 1892, devait mourir de tuberculose pul-

©BIUM

monaire le 15 avril 1893. Etat physique médiocre avec sigues auscultatoires significatifs; dépression habituelle; indifférence marquée à l'égard de sa situation. Aberrations de l'ouïe et du toucher, hallucinations génitales sur lesquelles reposent les idées persécutives du patient. Différentes personnes, et notamment une femme, inconnue d'ailleurs, ont essayé de le magnétiser, de l'électriser, sans l'intermédiaire d'aucun appareil, lui imposant des pensées étrangères, à l'aide de chuchotements ou par la vue d'objets quelconques, tels que vêtements ecclésiastiques, drap mortuaire, etc... Des femmes, encore, l'incitent, durant son sommeil, à « le faire », c'est-à-dire à se masturber. Antécédents : Père, mort à soixante-cinq ans, paralysé; mère emportée par un volvulus. Grand-père maternel, buveur. Un frère du malade, alcoolique, est mort d'hydropisie. Urjupin, lui-même, s'est livré à la boisson dès sa huitième année, mais, surtout, depuis sa dix-neuvième ; il a tenté, comme apprenti, plusieurs carrières ou métiers, toujours sans succès ; dans les derniers temps, il faisait le journalier, mais cessait bientôt pour vivre d'aumônes, ce qui l'a fait arrêter et conduire à Saint-Nicolas. Là, quoique très peu communicatif, il laisse entrevoir les mêmes préoccupations délirantes jusqu'aux environs du 9 octobre, date où les hasards du groupement hospitalier le mettent en présence de Grégorowitsch. Trois jours s'écoulent sans incident ; mais, le quatrième, U... fait montre d'une telle excitation avec penchant à la violence que son isolement s'impose : il se jette sur G..., dans l'intention manifeste de le molester, criant qu'il a trouvé la cause de ses tourments, « celui qui l'hypnotise à travers les airs, sans l'intermédiaire d'aucun engin mécanique », et prenant les malades à témoin des influences électriques exercées sur lui par G... depuis son lit. Rentré, vingt-quatre heures après, dans son état habituel d'indifférence apathique, il est remis, à fins d'expérience, en présence de G... ; un jour se passe sans incident ; le lendemain, nouvel accès de colère suivi, comme le précédent, d'agitation mentale et physique. Isolé pour la deuxième fois, le patient ne veut répondre à aucune question ; mais, après quelques heures, il déclare, sous le coup de l'irritation qui le domine, posséder dans son corps une foule de courants hypnotiques facilement utilisables pour la transmission à longue distance et sans conducteurs particuliers de toutes communications mentales.

Ces propos démontrent une action évidente exercée sur le

©BIUM

délire primitif d'U... par les conceptions morbides spéciales de G... : celles notamment ayant trait à un téléphone sans fil actionné par l'hypnotisme. Cette coloration étrangère superposée à son processus individuel dura chez U... quatre jours environ, au cours desquels elle pâlit lentement, puis disparut sans laisser la moindre trace; l'état habituel d'apathie et d'indifférence s'y substitua, traversé par les mêmes aberrations sensorielles. L'affaiblissement du sujet, qui ne permettait guère de considérer comme totalement inoffensifs les mouvements passionnels et moteurs suscités par l'expérience, n'a pas permis de renouveler celle-ci; U... est donc mort sans avoir présenté de nouvelles variations dans sa maladie et, même, sans avoir gardé souvenir de celles éprouvées par lui temporairement.

L'auteur fait suivre ces deux observations de quelques aperçus critiques. Comme dans la plupart des cas de « folie à deux », nous nous trouvons ici en présence de sujets ayant subi l'action d'une vie identique, d'un entourage commun, d'un défaut absolu de diversions personnelles; l'élément actif est représenté dans chaque couple par un individu capable d'une persistance aussi rare qu'opiniâtre dans l'expression fréquemment renouvelée de ses idées délirantes; l'élément passif, au contraire, est mou, apathique, et même, en dernier lieu, épuisé physiquement. Il est on ne peut plus vraisemblable que, dans l'organisation de la « folie à deux », la sphère intellectuelle ne joue qu'un rôle très effacé, sinon tout à fait nul; beaucoup plus important paraît être celui de la sphère émotive, ainsi que le démontreraient les exemples ci-dessus : les malades « inducteurs » étaient des natures tenaces, énergiques, à puissante organisation émotive étroitement combinée avec leurs idées délirantes. L'infection psychique s'est d'abord révélée, dans les deux observations, par des désordres moteurs nettement antérieurs à l'identification des processus vésaniques et hallucinatoires; fait sans précédent ou, tout au moins, non encore signalé dans les publications spéciales au sujet. L'opinion des auteurs sur le traitement à intervenir n'est pas unanime : Lasègue et Falret préconisent la séparation, l'isolement des codélirants; Kiernan, tout au contraire, estime que la réunion d'un grand nombre de malades favorise l'éparpillement des erreurs partagées, et, de la sorte, diminue leurs chances de rénovation; il ajoute que la folie en commun se développe sur le terrain des affections chroniques et, par suite, dans des condi-

©BIUM

tions qui assombrissent singulièrement le pronostic. Quant à l'écrivain, il penche pour l'isolement, dans le cas seul où vient à le commander l'apparition de désordres moteurs dangereux pour le malade ou pour son entourage ; hormis cette exception, la nécessité de l'*a parte* ne s'impose nullement à son avis. Des principes généraux de thérapeutique sont, d'ailleurs, difficiles à formuler en semblable matière, dit-il pour conclure : seule, pourra le tenter une expérience clinique supérieure à celle acquise jusqu'ici, touchant un mal que son extrême rareté dérobe presque à l'observation.

Dr Nicoulau.

Sulla etiologia e cura della pazzia puerperale. Nota preventiva (Etiologie et traitement de la folie puerpérale. Note préliminaire) ; par le Dr Luigi Mongeri, médecin aliéniste de l'hôpital Royal italien de Constantinople. Broch. in-8°. Extrait des *Annali di neurologia*, t. XVII, fasc. 6.

Il y a une dizaine d'années, en juin 1890, entrait dans le service du professeur Pierret, à Bron, une malade venant de la Charité de Lyon, qui, quelques jours après ses couches, était prise de douleurs abdominales, de céphalées nocturnes et d'un délire bruyant. A l'entrée, elle présentait un facies terreux, une langue sèche, fuligineuse, de la constipation, de la perte totale de l'appétit et une température de 39°4. Elle avait encore un peu de lait dans les seins, le col utérin était mou, ouvert, admettant l'extrémité de l'index, qui ramenait une sécrétion jaunâtre. Le pus fut recueilli, avec du sang pris à l'index de la malade, et examiné par M. J. Courmont, alors préparateur au laboratoire de médecine expérimentale et actuellement professeur d'hygiène à la Faculté de Lyon, qui transmit à M. Pierret la note suivante :

« J'ai pratiqué des ensemencements qui m'ont donné les résultats suivants : culture pure de streptocoques avec la pipette chargée de sang, cultures mixtes de streptocoques et de staphylocoques avec les pipettes chargées de pus.

« Les staphylocoques appartenaient à l'espèce *staphylococcus pyogenes*. Les streptocoques inoculés dans le derme auriculaire de lapins ont provoqué de l'érysipèle; ils appartenaient donc à l'espèce *streptococcus pyogenes*, qui est la même que l'espèce *streptococcus puerperalis*. On admet actuellement

©BIUM

l'identité des streptocoques puerperalis, erysipelatus et pyogenes.

« En résumé, le sang était peuplé de streptocoques pyogènes ou puerpéraux à l'exclusion d'autres microbes ; le pus, soit qu'il ait été le produit d'une infection mixte, soit que les pipettes aient été souillées, contenait des streptocoques pyogènes et des staphylocoques pyogènes (J. Courmont). »

M. Pierret faisait alors soigner la malade par des lavages utérins, jusqu'au 16 juillet, où la température redevint normale en même temps que l'état mental et physique s'améliorait pour arriver vers la fin de l'année à la guérison complète.

Cette observation, la première en France, qui constatait la présence du streptocoque puerpéral dans un cas de folie puerpérale, était publiée en décembre 1890 par un interne du professeur Pierret, le Dr E. Faure, dans sa thèse inaugurale : *Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées*, qui, rapprochant ce cas de douze autres observations similaires, mais sans examen bactériologique nouveau, écrivait les lignes suivantes :

« Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de folie puerpérale, dans lesquels l'élément infectieux était évidemment accusé par l'apparition d'une fièvre intense dès le début des troubles mentaux et par un ensemble symptomatique qui ne laissait aucun doute à cet égard.

« Cette simultanéité de l'état fébrile et du délire nous a conduit naturellement à chercher qu'elle était leur relation et lequel des deux phénomènes avait précédé l'autre.

« Les auteurs que nous avons consultés signalent le fait, mais aucun d'eux n'indique clairement la relation qui peut exister... Il résulte de nos recherches que l'état infectieux précède l'apparition des troubles nerveux et que ces deux phénomènes dépendent *d'une même cause* : la présence dans le sang du streptocoque puerperalis ou de ses produits solubles. »

En 1894, un autre interne du professeur Pierret, M. le Dr Evrot, dans un *Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité* (Th. Lyon, 1894), reprenait l'étude du sujet en la généralisant et concluait que la folie puerpérale n'est pas une et dépend de plusieurs facteurs ; que la seule classification scientifique des psychoses est celle qui s'appuie sur la pathogénie ; que les causes sont l'infection, l'auto-intoxication, l'épuisement et l'irritabilité réflexe ; que l'hérédité joue un rôle important, mais secondaire, et ne suffit

©BIUM

pas à produire la folie du type puerpéral franc ; enfin, que le traitement doit se fonder entièrement sur l'indication causale, et, comme les causes peuvent se superposer, il doit les viser toutes.

A ces travaux qui ont si sérieusement élucidé la pathogénie de la folie puerpérale, il convient d'ajouter les recherches du Dr Serrigny, sur les *Psychoses génitales* (Th. Lyon, 1896), qui complète la série des travaux de l'Ecole de Bron, sur un sujet qui l'intéressait particulièrement.

Aussi a-t-on été heureux d'y lire la communication du Dr Luigi Mongeri, qui a motivé ce préambule, peut-être un peu long, mais nécessaire néanmoins, parce qu'elle lui apportait une confirmation précieuse de ses doctrines.

M. L. Mongeri avait déjà observé dans sa pratique, comme tout le monde depuis Esquirol, des cas de folie puerpérale (*frenosi puerperali*) avec température, sans rencontrer de lésions pulmonaires, cardiaques, intestinales ou génitales suffisantes pour expliquer cette hyperthermie, lorsqu'il eut l'occasion de voir une malade de vingt-deux ans, multipare, sans hérédité psychopathique, qui, au douzième jour de l'accouchement, présenta les symptômes d'un délire aigu. Après essais infructueux de diverses médications : « Me souvenant, dit l'auteur, des études faites jusqu'à présent sur l'origine infectieuse des délires aigus, je commençai à soupçonner que la folie puerpérale était due à un microorganisme pathogène et je voulus expérimenter sur la malade les *injections de sérum antistreptococcique.* »

L'auteur pratiqua donc du 8 septembre au 4 octobre dix injections de ce sérum provenant de l'Institut Pasteur de Paris, par l'intermédiaire de l'Institut impérial de bactériologie de Constantinople. Dès la sixième injection, il y eut une telle amélioration que la malade put sortir de l'hôpital le 21 septembre. Mais le 24, survint un nouvel accès maniaque ; la malade rentra à l'hôpital, reçut quatre autres injections, dont la dernière le 8 octobre, et sortit définitivement guérie le 30.

M. Mongeri fait remarquer que l'apyrexie est survenue dès la première injection et l'amélioration psychique après la troisième, tandis qu'habituellement tout cela ne se produit qu'après plusieurs semaines.

« Ce rapide retour de la température normale, dit l'auteur, et cette amélioration sensible des phénomènes psychiques, avec une méthode éminemment antitoxique, me font *supposer* que

©BIUM

l'opinion de ceux qui admettent l'origine auto-toxique de la folie puerpérale, loin d'être erronée, est celle qui s'approche le plus de la vérité. La preuve bactériologique négative n'est pas suffisante à démontrer le contraire, puisque le sang qui a servi aux essais n'a été pris que *onze jours* après le début de la maladie. Je ne puis rien dire de concret sur ce sujet et c'est seulement pour inciter mes confrères *à expérimenter* cette nouvelle méthode de traitement que je me décide à publier mon observation. »

Si l'on veut bien se rappeler que, dans le cas de M. Pierret, la preuve bactériologique, qui manque à M. Mongeri, a été obtenue, il paraîtra sans doute intéressant de rapprocher deux observations qui se complètent l'une l'autre et arrivent, à dix années d'intervalle, à la même démonstration, par deux méthodes dfférentes, et cela sans que le deuxième expérimentateur ait eu connaissance des idées du premier, puisqu'il ne les a pas mentionnées, bien qu'il se soit, dit-il en note, adressé aux principaux psychiâtres et accoucheurs d'Europe pour avoir leur opinion sur l'étiologie de la folie puerpérale et qu'il mentionne l'opinion de Kræpelin, qui admet l'influence du choc, celle de Magnan, de Marro et d'Obersteiner, qui reconnaissent comme cause principale la prédisposition héréditaire, et celles de Bianchi, Mangiagalli et Tanzi, qui admettent tous, plus ou moins, la nature infectieuse de la folie puerpérale.

TH. TATY.

Etude graphologique sur les variations de l'écriture des aliénés; par le Dr Edouard Mesley (Thèse de Paris, 1899).

L'auteur, qui s'est adonné d'une façon spéciale à l'étude de la graphologie, s'étonne d'abord du peu d'importance attribuée à l'écriture lors de l'examen clinique d'un malade. Si l'on s'y arrête parfois, c'est à titre de tracé graphique d'un tremblement, par exemple ; mais on ne cherche jamais dans le graphisme le reflet des troubles du caractère. Le monde médical s'est à peu près désintéressé de la question et bien peu d'auteurs, à part Marcé, Legrand du Saulle et, en dernier lieu, le professeur Joffroy, ont songé à étudier le graphisme des aliénés.

Pour bien faire voir que l'écriture d'un malade peut varier suivant l'état d'âme dans lequel il se trouve, le Dr Meslay nous met sous les yeux diverses variations subies par l'écriture d'un

©BIUM

sujet à qui on a suggéré pendant le sommeil différentes impressions morales. L'écriture d'un sujet en état d'hypnose est semblable à l'écriture naturelle du sujet à l'état de veille ; mais elle se modifie profondément suivant qu'on lui suggère tel ou tel sentiment.

Partant alors de ce principe que l'écriture traduit l'état d'âme *habituel* ou *accidentel* du scripteur, qu'elle reflète son caractère et qu'elle se modifie suivant l'émotion qu'il ressent au cours de la vie courante, il y a tout lieu de supposer qu'une perturbation aussi intense que l'aliénation mentale imposera aussi des formes nouvelles à l'écriture.

C'est ce que l'auteur tend à prouver à l'aide d'exemples qu'il considère comme parfaitement démonstratifs. Afin de ne point se laisser influencer, le Dr Mesley n'a voulu connaître les malades que par leurs écrits. Ses appréciations graphologiques se sont trouvées d'accord avec les renseignements fournis par les familles et par les observations rédigées par le chef de clinique du professeur Joffroy.

Un pareil travail se prête difficilement à l'analyse. Il faut l'avoir sous les yeux pour voir quel parti le Dr Mesley tire des autographes qu'il reproduit. Il en ressort que l'on peut suivre sur l'écriture les variations psychiques du malade.

La moindre modification dans le tracé d'une lettre ou d'un signe de ponctuation suffit pour révéler qu'il s'est produit une modification dans le caractère ou dans le délire du malade, et les déductions qu'en tire le graphologue sont constamment d'accord avec les constatations de la clinique.

Mais si l'étude de l'écriture est un des éléments du diagnostic des troubles mentaux, le plus souvent elle ne saurait avoir à ce point de vue spécial la valeur d'un criterium.

Le style des écrits et le ton de la conversation dénoncent les premières atteintes du mal d'une manière bien plus frappante que les troubles du tracé graphique. Pourtant ces troubles graphiques mériteraient davantage d'attirer l'attention. On verrait en effet que dans nombre de cas, pourvu qu'on voulût bien les rechercher, ils suffisent à eux seuls pour dépister l'aliénation avant l'éclosion des premières idées délirantes ou même des premiers accrocs de la mémoire.

Ainsi l'écriture des épileptiques se modifie assez fréquemment à l'approche des attaques convulsives.

Un maniaque intermittent observé par Max Simon voyait son écriture devenir irrégulière quand il retombait malade. Ce

©BIUM

caractère échappait si peu à ses camarades de bureau qu'ils ne manquaient jamais d'avertir sa famille quand cette variation dans son écriture commençait à s'accuser.

L'examen graphologique a suffi parfois pour faire diagnostiquer la neurasthénie.

Mais si l'analyse graphologique ne rend que de faibles services dans le diagnostic positif et différentiel de l'aliénation mentale, elle aide singulièrement au diagnostic respectif des formes du délire.

Chez les persécutés, l'écriture s'abaisse vers la droite ; la dominante du persécuté, c'est la ligne plongeante. Cette dominante peut se nuancer à l'infini par l'adjonction capricieuse d'éléments divers ; mais elle signalera toujours l'écriture du persécuté, comme d'ailleurs l'inquiétude qu'elle exprime constituera toujours le fond de son délire.

Chez les mélancoliques, on retrouve la ligne plongeante, mais atténuée. La dominante, c'est la tristesse, qui se révèle par la sobriété de l'écriture et dans des barres convexes très caractéristiques.

Vouloir établir le diagnostic graphologique de la folie serait une prétention exagérée ; mais si l'aliénation mentale ne donne pas à l'écriture un cachet caractéristique, il n'en est pas moins vrai qu'elle modifie l'écriture en raison directe et en correspondance des troubles psychiques qui l'accompagnent.

Et non seulement l'aliénation modifie l'écriture, mais il est légitime d'assigner à chaque sorte de délire un type graphique spécial bien que variable à l'infini dans ses détails.

Enfin l'évolution d'un aliéné se reflète dans son graphisme.

Dr Rayneau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Dementia paralytica in Nederlandsch Oost-Indie; par le Dr P.-C.-J. Van Brero. 35 pages in-8°. Extrait de *Psychiatriche u. Neurologische Bladen*, 1899, n° 4.

— Contribution à l'étude de la marche et de la dégénérescence des voies pyramidales chez les cobayes ; par le Dr Serge Soukhanoff. 4 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*. Bruxelles, s. d.

©BIUM

— Le Dr Bouchereau, médecin en chef à l'asile clinique (Sainte-Anne). 1835-1900. 39 pages in-8° avec portrait, s. l. n. d.

— Das soziale und sittliche Leben erklart durch die seelische Entwickelung (La vie sociale et morale éclairée par le développement de l'âme); par James Mark Baldwin, professeur de psychologie à l'Université Princeton. Traduit de l'anglais par le Dr R. Ruedemann, avec une préface du Dr Paul Barth, professeur à l'Université de Leipzig. 1 vol. ln-8° de 466 pages. Leipzig. Y.-Ambr. Barth. 1900.

— Fratture spontanee durante gli accessi epilettici; par le Dr G. Feli. 3 p. in-8°, s. l. n. d.

— Tuberculose et système nerveux. Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de leurs rapports; par le Dr Isidore Garche. 118 pages in-8°. Thèse de Toulouse, 1900.

— Le nouvel asile des portes ouvertes. Colonie nationale d'aliénés Lujan. Province de Buenos-Aires, République Argentine. 42 pages in-8°. Buenos-Aires, 1900.

— Contribution à l'étude des modifications des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale dans l'anémie expérimentale; par le Dr Serge Soukhanoff. 7 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, avril 1898.

— Epilepsie et trépanation accidentelle; par le Dr G. Jacquin. 7 p. in-8° avec planche. Extrait des *Archives de neurologie*, 1900, n° 52.

— Explication anatomique de la migraine; par le Dr J. Deyl. professeur d'ophtalmologie à l'Université tchèque de Prague. 11 pages in-8°. Prague, 1900.

— Exposé des titres scientifiques du Dr A. Antheaume, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 23 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1899.

— Contribution à l'étude de l'état des cellules nerveuses modifiées expérimentalement par l'intoxication arsenicale, quelque temps après la cessation de cette dernière; par le Dr Serge Soukhanoff. 8 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, n° du 5 février 1899.

— Contributo allo studio sulle anomalie delle estremita nei pazzi (Contribution à l'étude des anomalies des extrémités chez les aliénés); par le Dr Cesare Pianetta, du manicome de Brescia. 16 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Vol. XXI. Fasc. 3.

— L'Open-door et le traitement au lit dans la République Argentine; par le professeur D. Cabred. 11 pages in-8° avec plan. Buenos-Aires, 1900.

— La théorie des neurones en rapport avec l'explication de

©BIUM

quelques états psychiques normaux et pathologiques ; par le Dr Serge Soukhanoff. 24 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1897, nos 17 et 19.

— Un cas de sclérose en plaques à forme d'hémiplégie alterne ; par le Dr Adam Wizel, assistant à la clinique des maladies nerveuses de Varsovie. 3 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, s. d

— Igiene della pazzia? Conferenza tenuta alla R. Societa italiana d'igiene il giorno 11 febbraio 1900 (L'hygiene de la folie? Conférence faite à la Société royale Italienne d'hygiène, le 11 février 1900) ; par le Dr Giuseppe Antonini. 18 pages in-8°. Extrait du *Giornale della reale societa italiana d'igiene*, 1900.

— Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative (chorée héréditaire, chorée de Huntington) ; par le Dr F. Ladame (de Genève). 28 pages in-8° avec planches. Extrait des *Archives de neurologie*, 1900, n° 50.

— Asile d'Evreux. Rapport présenté au Conseil général de l'Eure ; par le Dr Bessière, directeur médecin en chef. 43 pages in-8°. Evreux, 1900.

— L'alitement dans le traitement des psychoses (repos au lit). Rapport par le professeur Korsakoff, de Moscou. 58 pages in-8°. Paris, Masson et Cie, 1900.

— Asile de la Charité-sur-Loire. Rapport médical, compte moral et administratif pour l'année 1899 ; par le Dr E. Faucher, directeur médecin en chef. 80 pages in-8°. Nevers, 1900.

— Eightieth annual Report of the directors of the Dundee royal Asylum for Lunatics, with the reports of the medical superintendent, etc. (Huitième rapport annuel des directeurs de l'asile royal d'aliénés de Dundee, avec le rapport du médecin en chef, etc.). 43 pages avec planches. Dundée, 1900.

— Sur l'état variqueux des dendrites corticales ; par le Dr Serge Soukhanoff. 16 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1900, n° 52.

— La supériorité intellectuelle et la névrose, par le professeur Grasset. 67 pages in-8°. Montpellier, Coulet et fils, 1900.

— Accès répétés d'épilepsie survenus chez une femme de soixante et un ans après un ictus apoplectique ; par le Dr Gilbert Petit. 18 pages in-8°. Extrait des *Archives médicales d'Angers*, 1900.

— Asile de Dijon. Rapport médical et administratif pour l'année 1899 ; par le Dr Samuel Garnier, directeur médecin. 80 pages, in-8°. Dijon 1900.

— Sur l'histologie pathologique de la polynévrite dans ses rapports avec les lésions de la cellule nerveuse ; par le Dr Serge

©BIUM

Soukhanoff. 8 pages in-8° avec figures. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Paris, s. d.

— A questâon Calmon. Reflexoês sobre un caso medico-legal (L'affaire Calmon. Réflexions sur un cas de médecine légale); par le Dr Jules de Mattos. 63 pages in-8°. Porto, 1900.

— L'avvenire della tecnica manicomiale e Serafino Biffi (L'avenir de la technique manicomiale et Serafino Biffi); par le Dr G. Antonini. 16 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Associazione sanitaria Milanese*, 1900.

— Contribution à l'étude des modifications que subissent les prolongements dendritiques des cellules nerveuses sous l'influence des narcotiques; par le Dr Serge Soukhanoff. 12 pages in-4°. Extrait de *La Cellule*. T. XIV. 2e fascicule. Louvain, s. d.

— The seventy-third annual report of James Murray's royal Asylum Perth (Soixante-treizième rapport annuel de l'asile royal James Murray, à Perth). 53 pages in-8°. Perth, 1900.

— Storia parlamentare dello stanziamento di 100.000 lire per la cura della pellagra. Note (Note sur l'histoire parlementaire d'un projet de 100.000 lires pour le traitement de la pellagre); par le Dr G. Antonini. 16 pages in-8°. Extrait de la *Rivista moderna*. Florence, 1900.

— L'anatomie pathologique de la cellule nerveuse en rapport avec l'atrophie variqueuse des dendrites de l'écorce cérébrale; par le Dr Serge Soukhanoff. 18 pages in-4° avec planches. Extrait de *La Cellule*. T. XIV, 2e fascicule. Louvain, s. d.

— Ueber Echalolie und Phrenolepsie, par le professeur Meschede, de Kœnigsberg. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Allgemeine Zeitschrift für Pscychiatrie*. T. LIII. Berlin, s. d.

— La Maison nationale de Charenton; par Ch. Strauss, directeur. 1 vol. in-folio de 325 pages avec planches. Paris. Imprimerie nationale, 1900.

— Contribuzione allo studio della diagnosi differenziale fra paralisi progressiva e follia a doppia forme (Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre la paralysie progressive et la folie à double forme); par le Dr Rodolfo Bonfigli. 11 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di neuropatologia e psichiatria*, s. d.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêtés de septembre* 1900 : M. le Dr Dericq, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), est promu à la première classe de son grade (7.000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er octobre 1900 ;

MM. les Drs Bourdin, médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre) ; Santenoise, médecin-adjoint de l'asile de Dijon (Côte-d'Or), et Baruk, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.).

— *Arrêtés d'octobre* 1900 : M. le Dr Jacquin, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lyon du 5 juin 1900), est nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Ylie (Jura), poste créé ;

M. le Dr Toy, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre, est promu à la première classe de son grade (3.000 fr.) ;

M. le Dr Lallemant, directeur-médecin de l'asile ds Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est promu à la première classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. Lucipia, ancien président du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, est nommé directeur de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine), en remplacement de M. Tondu, appelé à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

NÉCROLOGIE

Dr Henry Bonnet. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort d'un des plus anciens collaborateurs des *Annales*, le Dr Henry Bonnet, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, décédé à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), le 16 octobre dernier, dans sa soixante-douzième année, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Henry Bonnet naquit à Coutances (Manche), le 28 décembre 1828. Après de bonnes études classiques au lycée Charlemagne il prit ses inscriptions à la Faculté de médecine de Paris. Etudiant laborieux et zélé, il recherchait toutes les occasions de

©BIUM

s'instruire ; mais ce qui, à cette époque, semblait l'attirer tout particulièrement, ce sont les exercices de laboratoire. On trouve en effet, parmi les travaux qu'il publia avant son entrée dans le service des aliénés, outre sa thèse de doctorat, intitulée : *Observations sur la vaccine*, et soutenue en 1857, une série de mémoires sur des questions de chimie biologique, sur des recherches de pathologie expérimentale. Ainsi il communiqua à l'Académie des sciences, en 1857, un *procédé d'analyse des os*, des *considérations sur la glycogénie*, un travail sur les *anesthésiques*. C'était l'époque où, dans son célèbre enseignement du Collège de France, Claude Bernard démontrait les fonctions glycogéniques du foie. Bonnet, qui suivait ses leçons avec ardeur, voulut apporter aux doctrines du maître les contributions de sa jeune expérience. Outre la note citée plus haut, il publia, la même année, un travail sur *la constatation du sucre dans l'urine* et, en 1858, un mémoire plus étendu, intitulé : *Examen physiologique de la fonction du sucre dans l'économie*.

C'est en 1859 que Bonnet entra dans le service des aliénés ; il y débuta comme médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse). Il pénétrait là dans un monde, sinon inconnu, du moins peu connu de lui ; mais avec ses habitudes d'observation clinique, ses connaissances étendues en médecine générale, sa capacité de travail, il ne tarda pas à se mettre au courant de ses nouvelles études. Elles lui plaisaient d'ailleurs, autant par leur côté purement médical que par les déductions philosophiques qu'on en pouvait tirer. On le voit bien par le premier travail qu'il publia dans cette nouvelle direction, cette *Revue rétrospective de la science mentale*, qui parut, en 1863, dans les *Annales médico-psychologiques* ; travail intéressant à tous égards et qu'on ne relit pas sans profit.

Nommé en 1863 médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe), il resta dans ce poste pendant cinq ans. Ce furent cinq années bien employées. A la tête d'un important service d'aliénés, il sut utiliser ses richesses cliniques dans de nombreuses publications scientifiques ; à proximité d'une Ecole de médecine, il en profita pour reprendre ses travaux de laboratoire. On peut dire que son séjour à Maréville fut la période la plus active de la vie intellectuelle de notre confrère. Il publia, en 1866, son volume qui a pour titre : « L'aliéné devant lui-même, l'appréciation légale, la législation, les systèmes, la société et la famille » ; il est dédié à Parchappe et précédé d'une courte préface par Brierre de Boismont. On voit par son titre — trop long peut-être — que cet ouvrage embrasse toutes les questions que soulève la médecine mentale, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue social. L'auteur s'y fait le défenseur ardent de la loi du 30 juin 1838, alors déjà violem-

©BIUM

ment attaquée, mais qui résiste à toutes les entreprises de démolition. Comme tous les esprits sages, il considérait cette loi tutélaire comme excellente, tout près d'être parfaite si on arrivait à la compléter à l'aide de certains articles que le temps et l'expérience ont rendus nécessaires. Si dans cet ouvrage — qui est vraiment un livre de bonne foi — Bonnet étudie surtout l'aliéné, il n'a garde d'oublier le médecin aliéniste ; l'idée très élevée qu'il se faisait de son rôle social ne lui cachait pas les difficultés de sa tâche, même les déboires qu'il avait souvent à subir.

On le voit bien par ce passage d'une lettre à un de ses confrères, qui venait d'être nommé directeur d'un asile : « Les « hommes qui osent entrer dans la carrière, lui écrivait-il, « seront forcément tenus pendant vingt-cinq ou trente ans « dans une sphère d'action et de dépendance féconde en hési- « tations, en obstacles, en résistances et luttes de toute espèce. « Vous avez accepté la direction d'un asile d'aliénés : préparez- « vous à une vie de labeur, de suspicion, d'entraves et de « dévouement quand même, de persévérance à toute épreuve « et d'abnégation. Il vous faudra tout supporter ; ce n'est qu'à « ce prix que vous vous montrerez le vrai défenseur de la cause « des plus malheureux des hommes, des aliénés, et que vous « parviendrez à faire triompher cette cause. » Ce sont là les sentiments et les idées qui lui ont inspiré son livre et en rendent la lecture si attachante.

Les observations, au nombre de près de cinquante, qui terminent le volume, font ressortir les qualités cliniques de Bonnet. Ces qualités furent fréquemment mises à l'épreuve par la justice, et il s'en tira toujours à son honneur. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les nombreux rapports de médecine légale publiés par lui dans les *Annales* ; ils sont tous marqués au coin de la plus parfaite sincérité et d'une grande probité scientifique.

On n'a pas oublié le rôle qu'il joua dans l'affaire Jeanson, qui passionna le public médical et extra-médical dans les dernières années de l'Empire. Bonnet et Bulard, son collègue de l'asile de Maréville, avaient conclu à la responsabilité du jeune séminariste de Pont-à-Mousson, qui avait assassiné un de ses comarades. Morel, au contraire, appelé à donner son opinion, conclut à l'irresponsabilité. La question fut portée devant les sociétés savantes et donna lieu à des discussions animées. Pendant ce temps-là, Jeanson, condamné à vingt ans de travaux forcés, après plusieurs mois passés à Toulon, était enfin transporté à Cayenne. Ce qui prouve que la multiplicité des experts — même lorsqu'ils sont choisis les uns par l'accusation et les autres par la défense —

©BIUM

ne suffit pas toujours pour apporter une lumière complète et définitive dans certains cas difficiles ou douteux.

La question de la paralysie générale attira tout particulièrement l'attention de notre regretté confrère. Dès 1864, il publia une brochure importante où il se livrait à d'intéressantes considérations sur cette maladie. Quelques années après, en 1868, il donnait dans les *Annales* le résultat de recherches faites en collaboration avec Poincaré, professeur à l'Ecole de médecine de Nancy, sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale; ce travail, plus amplement développé et augmenté d'observations nouvelles, devint un volume, qui fut publié en 1875.

On sait le rôle que Bonnet et Poincaré font jouer aux lésions du grand sympathique dans la pathogénie de la paralysie générale ; ce rôle est très discuté, et la théorie des deux savants collaborateurs semble n'avoir trouvé, jusqu'ici du moins, que très peu de partisans.

Bonnet quitta Maréville à la fin de l'année 1868 pour aller prendre la direction de l'asile de Larochegandon (Mayenne). Il resta douze ans dans ce poste, où il déploya de réelles qualités d'administrateur. En novembre 1880, il fut appelé à la direction médico-administrative de l'asile de Châlons; ce fut sa dernière étape. En août 1888, il fut appelé, en effet, à faire valoir ses droits à la retraite: quoiqu'il eût trente ans de service, il n'avait pas soixante ans et était encore dans toute la force de l'âge.

Durant cette période de vingt années, qui va de son départ de Maréville à sa mise à la retraite, Bonnet n'a pas cessé de travailler, de produire, de publier des travaux importants. Nous signalerons surtout de lui un rapport très développé, très volumineux, sur son service de Châlons, et le premier volume d'une *Histoire complète de l'asile public d'aliénés depuis son origine*, faite en collaboration avec Marie Bernard, secrétaire de la direction. Il est regrettable que cette histoire n'ait pu être terminée.

Même pendant ces années de retraite, Bonnet chercha le repos et la distraction dans le travail intellectuel : il resta le fidèle collaborateur des *Annales*, et les derniers travaux qu'il voulut bien nous envoyer ne sont pas sans mérite.

Les souffrances vinrent avec l'âge, et, aussi, des difficultés intimes qui n'étaient pas sans tourmenter notre regretté confrère. Il m'avait fait l'honneur de me prendre pour confident de ses peines et de ses chagrins, qu'il supportait avec un rare stoïcisme. Il pensait d'ailleurs moins à lui-même qu'aux autres. Son cœur était excellent; sa délicatesse extrême : il me serait facile d'en donner des preuves; mais il m'en voudrait si

©BIUM

je soulevais même un coin du voile derrière lequel le sage cache ses bonnes actions.

Bonnet, qui était d'une santé robuste, fut atteint, il y a quelques mois, d'une maladie du foie qui le fit cruellement souffrir; elle finit par le terrasser. Notre regretté confrère mourut à Saint-Servan, le 16 octobre dernier; suivant son désir son corps fut transporté à Pontorson, où il fut inhumé trois jours après. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

55. *Folie à deux.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du mercredi 30 mai 1900):

Grave, solennel comme un padischah, un homme couvert d'une grande houppelande, accompagné d'une femme coiffée d'un bonnet blanc, s'installait, hier soir vers neuf heures, sur le trottoir en bois établi le long de la palissade qui entoure le chantier du Théâtre-Français.

Aussitôt assis, il ouvrit son pardessus et en tira un soleil en zinc dont il se coiffa, puis il montra aux curieux qui commençaient à s'attrouper un large ruban bleu auquel étaient épinglés des ornements en métal.

— Voyez! s'écria-t-il avec emphase; je suis le chef de la franc-maçonnerie orientale, chargé de régénérer le monde.

— C'est un camelot, il va nous sortir quelque boniment épatant, opina quelqu'un.

— Non, c'est plutôt un officier de l'armée du salut, déclara un autre.

On pouvait le croire, car la femme qui accompagnait l'étrange personnage s'était mise, de son côté, à entonner un cantique.

L'arrivée des gardiens de la paix vint mettre fin à cette scène.

L'étrange personnage et sa compagne, suivis par les badauds, furent conduits chez M. Egarteler, commissaire de police de la rue des Bons-Enfants.

Invité à décliner son identité, le grand chef de la franc-maçonnerie orientale dit se nommer Lazare Hursbinger, avoir cinquante-sept ans et être horloger. La femme était une nommée Marie Agathon, quarante-deux ans, domestique, demeurant en garni rue Pastourelle.

L'horloger, atteint depuis quelque temps d'aliénation mentale, s'était lié avec la domestique et lui avait peu à peu persuadé qu'il était un nouveau Messie. Il l'avait rendue aussi folle que lui.

Ce couple de déséquilibrés a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

©BIUM

56. *Exploit d'alcoolique.* — Dans un accès de fureur alcoolique, le nommé Albert Barray, âgé de quarante ans, cordonnier, demeurant, 7, rue de l'Industrie, a porté cinq coups de tranchet, la nuit dernière, à sa compagne, Albertine Gil, âgée de trente-cinq ans, et l'a blessée aux bras et au flanc gauche. Il l'a ensuite portée sur l'avenue d'Italie, où des gardiens de la paix l'ont trouvée étendue dans une mare de sang.

Albertine Gil a été conduite à l'hôpital Cochin.

Quand les agents sont arrivés chez le meurtrier pour l'arrêter, ils l'ont trouvé se roulant sur le parquet de sa chambre, en proie à une terrible crise de *delirium tremens*.

L'alcoolique a été, à son tour, emmené à l'hôpital. (Le *Figaro*, numéro du mardi 5 juin 1900.)

57. *Suicide.* — M. Guérin-Menneville, rédacteur à la préfecture de la Seine, a tenté de se suicider, l'avant-dernière nuit, dans son domicile, 86, boulevard de Clichy.

Le malheureux s'est tiré un coup de revolver à la tête.

La détonation fit accourir le domestique de M. Guérin-Menneville, qui était étendu sans mouvement sur sa descente de lit au milieu d'une mare de sang.

M. Menneville ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés, car il avait été dernièrement interné à l'asile des aliénés de Ville-Evrard.

Le blessé, dont l'état est désespéré, a été transporté à l'hôpital Lariboisière.

Sur une table se trouvait la lettre suivante adressée au commissaire du quartier : « Mettant fin à mes jours pour chagrins intimes, je vous prie de bien vouloir transporter mon corps à la Morgue et prévenir ma famille. » (Le *Gaulois*, numéro du jeudi 5 juillet 1900.)

58. *Un fou furieux.* — Des locataires de l'immeuble portant le n° 20 de la rue de la Mare venaient prévenir, hier matin. M. Girard, commissaire de police de Belleville, qu'un nommé Fortuné Decroix, âgé de quarante-deux ans, *récemment échappé de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard*, s'était introduit, pendant la nuit, dans le logement de sa femme, situé au rez-de-chaussée, et que, armé d'un couteau, il menaçait la malheureuse et ses deux enfants de les tuer s'ils tentaient de s'échapper.

Aussitôt, M. Thierry, secrétaire du commissariat, et deux inspecteurs, se rendirent à l'endroit indiqué.

Decroix s'était enfermé dans la chambre à coucher avec sa femme et ses enfants, puis il avait poussé, contre la porte, le lit et une armoire. Tenant d'une main un revolver et de l'autre un couteau de cuisine, il poursuivait les infortunés qui, affolés, couraient autour de la pièce en cherchant à échapper au forcené que les cris excitaient davantage encore.

©BIUM

On enfonça la porte et on se jeta sur le dangereux inconscient, qu'on parvint à désarmer.

Le malheureux, qu'on a dû ligoter pour pouvoir le conduire au poste, a été dirigé sur l'infirmerie spéciale. (Le *Matin*, numéro du vendredi 27 juillet 1900.)

59. *Menaces de mort.* — Sur la réquisition de M. Mansuy, concierge d'une maison de la rue de la Nation, des gardiens de la paix ont mis dans l'impossibilité de nuire un locataire de la maison, M. Eugène Chubert, âgé de quarante ans, qui, pris soudain d'un accès de folie furieuse, s'était barricadé dans son logement et menaçait de tuer à coups de couteau sa femme et ses enfants.

Se voyant sur le point d'être pris, le forcené, qui était à peu près nu, s'est précipité par une fenêtre du premier étage. On a eu alors facilement raison de lui. (Le *Matin*, numéro du lundi 30 juillet 1900.)

60. *La folie du lieutenant-colonel.* — Un cercle s'était formé, samedi, après-midi, sur le boulevard des Batignolles, autour d'un monsieur, sanglé militairement dans une redingote noire fleurie, à la boutonnière, du ruban rouge de la Légion d'honneur.

Le monsieur, les yeux fixés vers le soleil, haranguait avec véhémence l'astre du jour, lui reprochant l'influence néfaste de ses rayons.

— C'est toi, sacripant, clamait-il, qui nous envoies la peste bubonique, etc.

Cet homme était évidemment un fou. Des agents s'approchèrent de lui et le conduisirent au commissariat de police le plus proche. On reconnut alors que le pauvre dément n'était autre que M. de M..., lieutenant-colonel au 39e de ligne, à Bernay.

Le malheureux officier donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral ; sa famille veillait attentivement sur lui, mais il avait réussi à lui échapper.

Une maison de santé a recueilli le lieutenant-colonel. (Le *Matin*, numéro du mardi 21 août 1900.)

61. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Petit Sou* (numéro du mercredi 27 septembre 1900) :

« La rue Ramey était mise en émoi ce matin par un individu nommé Joseph Beautemps, âgé de trente-deux ans, garçon coiffeur, qui, pris d'un accès de folie furieuse, se jetait, un couteau à la main, sur les passants qui, tous, bravement, prenaient la fuite.

« Des gardiens de la paix furent appelés. Ils engagèrent une lutte terrible avec le fou qui, ligotté, a été transporté immédiatement à l'infirmerie du Dépôt. »

©BIUM

62. *Actes de violence.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 18 octobre 1900) :

« Un des publicistes les plus connus dans l'Etat de Nebraska, M. Georges Miller, qui dirigeait l'*Omaka Herald* depuis près de vingt ans, a été frappé subitement d'aliénation mentale.

« Il a tout détruit dans son bureau et a même endommagé les machines linotypes qui impriment son journal, de façon que le *Herald* n'a pu paraître durant trois jours. On croit que la cause de la folie de M. Miller est la création d'un journal concurrent dans la ville, où il n'existait depuis très longtemps que celui dont il était directeur. »

63. *Terrible drame de la folie.* — Sous ce titre, le *Figaro* (numéro du lundi 22 octobre 1900) publie le fait divers suivant :

« La commune de Rosny-sous-Bois, située sur la ligne de Vincennes, vient d'être mise en émoi par un drame poignant.

« Dans cette localité habitaient les époux Gayltont. Le mari exerce la profession de maçon. La femme, Mélanie, est âgée de trente-deux ans. De leur union sont nés deux enfants.

« Depuis quelque temps, M^me^ Mélanie Gayltont donnait des signes de dérangement cérébral.

« Tandis que son mari était sorti hier, avec l'aîné de ses enfants, cette malheureuse fit absorber à la plus jeune, âgée de six ans, une certaine quantité de laudanum. Elle avala ensuite elle-même le reste du poison contenu dans le flacon et s'étendit sur son lit avec sa pauvre petite.

« Trouvant que la mort ne venait pas assez vite, la folle se rendit dans la cuisine, et avec un long coutelas, elle se fit quatre blessures profondes au-dessous du sein droit. Quoique perdant son sang en abondance, elle put se traîner ensuite jusqu'au lit et s'y recoucher.

« On juge du désespoir de l'ouvrier maçon lorsque, en rentrant quelques instants plus tard, il trouva sa femme inanimée, tenant dans ses bras sa petite fille, qui poussait des gémissements plaintifs.

« La mère et la petite fille ont été transportées à l'hôpital Tenon, après avoir reçu les soins dévoués de M. le D^r^ Estien, ancien maire de Bagnolet. On conserve peu d'espoir de les sauver. »

64. *Agressions violentes.* — A Levallois-Perret, hier matin, à huit heures, pris d'un accès de folie furieuse et hanté de l'idée du suicide, le nommé Pierre Valdy, âgé de quarante-deux ans, cordonnier, demeurant à Neuilly, rue du Midi, disparu depuis quatre jours de son domicile, faisait irruption dans la première salle du commissariat, armé d'un rasoir en criant qu'il venait là pour se tuer.

©BIUM

L'inspecteur Virazel ayant voulu s'interposer fut saisi à la gorge par le forcené et frappé au bas-ventre ; le brigadier Antoine ayant voulu porter secours, a été grièvement mordu au bras gauche.

C'est avec les plus grandes difficultés qu'on est parvenu à le maîtriser et à l'envoyer à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Petit Parisien*, numéro du vendredi 26 octobre 1900.)

65. *Exaltation violente.* — Une rentière, d'origine anglaise, M^me^ Mill, demeurant rue Franklin, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale qui inquiétaient ses voisins.

Hier soir, vers 11 heures, après s'être barricadée dans son appartement, M^me^ Mill apparut à la fenêtre, en poussant des cris lamentables qui attirèrent les passants. Puis elle se mit à lancer dans la rue, du haut du second étage, des bijoux et des valeurs.

Le concierge, n'ayant pu arriver à forcer la porte de M^me^ Mill, fit appel aux sapeurs-pompiers, qui, au moyen d'une échelle, s'emparèrent de la malheureuse, qui a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt.

M. Flory, juge d'instruction, qui se trouvait sur les lieux, surveillait les opérations des pompiers. (Le *Temps*, numéro du 1^er^ novembre 1900.)

RÉSUMÉ. — Dans les six numéros des *Annales* de l'année 1900, nous avons publié 65 cas d'aliénés en liberté, recueillis dans les journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, le plus grand nombre, des homicides, des tentatives d'homicide, des menaces de mort, des incendies, etc. ; les suicides et tentatives de suicide forment la majorité.

Voici la statistique que nous avons dressée :

Suicides et tentatives de suicide	16
Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	14
Homicides	12
Homicides et suicides	9
Excentricités et actes délictueux	8
Incendies	6
Total	65

Ainsi, sur 65 cas, il y a eu 21 homicides, dont 9 ont été suivis du suicide de l'aliéné après la perpétration du meurtre. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicides, des agressions violentes, ainsi que des 6 incendies.

©BIUM

Ce qui nous paraît plus important, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 63 aliénés en liberté. Il y a eu :

Morts	38
Blessés grièvement	25
Suicides	18
	81

Ainsi, notre statistique — qui certes, n'a pas la prétention d'être complète — nous donne 38 personnes qui ont été tuées et 25 qui ont été grièvement blessées par des aliénés en liberté; enfin, 18 aliénés se sont suicidés, dont un grand nombre, après avoir tué, soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Un fait curieux et des plus regrettables à signaler, c'est que plusieurs de ces aliénés ont fait de véritables hécatombes : un a tué 9 personnes, trois en ont tué chacun 4; un autre, 3 et, enfin, un dernier, 2 personnes.

La plupart de ces crimes et de ces délits ont été commis par des aliénés, dont la plupart étaient malades depuis longtemps et qu'on aurait dû séquestrer; quelques-uns avaient déjà été traités dans des asiles ou en étaient sortis prématurément.

Nous estimons que cette statistiqne porte en elle-même son enseignement ; nous n'y ajouterons aucun commentaire.

A. R.

UN DÉPUTÉ « IRRESPONSABLE »

Sous ce titre, le *Figaro* du vendredi 19 octobre 1900 publie la lettre suivante de son correspondant en Suisse :

« Il n'y a décidément que la politique pour jouer un tour pareil.

« Ecoutez donc cette histoire et vous direz, après, si elle n'est pas bien curieuse. Elle vient du canton de Neuchâtel, en Suisse.

« L'hiver dernier, la justice faisait procéder à l'arrestation d'un médecin de La Chaux-de-Fonds, qui avait une nombreuse clientèle et savait organiser une forte réclame autour de son nom. Déjà il avait eu, plusieurs fois, maille à partir avec ses confrères et même les autorités cantonales. Il était accusé de manœuvres abortives, et l'enquête qui eut lieu démontra qu'une vingtaine de femmes au moins avaient eu recours à ses soins, dans l'espace de quelques années seulement. Le chiffre était vraiment trop considérable et dépassait les limites permises.

« Soumis à un examen médical, le docteur fut déclaré atteint d'une folie bien spéciale : une sorte d'exagération de son « moi » individuel, ainsi que de ses facultés de praticien. Renvoyé

©BIUM

devant les assises, il est acquitté ; mais son « irresponsabilité » est reconnue par un jugement formel, et le Conseil d'Etat du canton est invité à lui interdire l'exercice de la médecine. Quelques jours après, l'autorité exécutive prenait une décision dans ce sens.

« Aussitôt, les socialistes de La Chaux-de-Fonds s'emparent de cette affaire. Ils tiennent peut-être l'arme à l'aide de laquelle on va mettre le gouvernement en fâcheuse posture. Huit mille signatures sont recueillies, hommes, femmes et jeunes gens, plus de trois mille électeurs ! Elles réclament la levée de cette interdiction, et que le médecin soit de nouveau autorisé à pratiquer son art. Le Conseil d'Etat refuse catégoriquement de faire droit à cette requête.

« Voici maintenant que la politique entre en scène. Un député du Grand Conseil cantonal est à élire par l'arrondissement de La Chaux-de-Fonds, et, en vertu de la « proportionnelle », qui est en vigueur à Neuchâtel, ce siège revient au parti socialiste. Le docteur est proposé comme candidat. Une campagne ardente est menée autour de ce citoyen, qui se présente dans plusieurs assemblées populaires, où il revendique toute la responsabilité de ses actes et accepte de défendre les idées les plus avancées.

« L'élection avait lieu hier dimanche, 15 octobre. Sans aucune opposition, les radicaux et les libéraux s'étant abstenus, le médecin jugé « irresponsable » par ses pairs a été élu par environ seize cents suffrages. Il est donc député. Une fois que son mandat sera régulièrement validé, il aura à surveiller, en sa qualité de représentant du peuple, le Conseil d'Etat qui lui a interdit la pratique médicale. La situation ne laisse pas d'être intéressante, et vraisemblablement on écoutera avec une vive curiosité les premiers discours de ce législateur.

« C'est peut-être bien un cas unique dans les Parlements petits et grands, et il est plus que certain que l'affaire n'en restera pas là. Ou bien ne faut-il voir dans cette élection que le désir inoffensif d'un groupe politique de se moquer et du bon sens et d'un gouvernement ? » G. D.

Pour incroyable que soit cette histoire, elle n'en est pas moins absolument vraie. Elle nous est, en effet, confirmée par un ami qui habite le canton de Neuchâtel et dont nous apprécions fort le jugement éclairé et le robuste bon sens. Il nous a même fourni les quelques renseignements complémentaires suivants.

Le médecin, dont il est question dans la correspondance du *Figaro*, avait été mis à la réforme comme chirurgien militaire pour cause d'aliénation mentale. Puis, poursuivi pour avortements, il fut mis en observation dans un établissement d'aliénés

©BIUM

et reconnu par un médecin spécialiste comme atteint « de délire processif et de persécution avec forte exaltation du moi » et « une notable diminution de la responsabilité ». Devant les assises au contraire, le procureur général, plus logique peut-être, conclut à l'irresponsabilité complète ; ce qui fut admis par le jury, à l'unanimité. Notre confrère fut en conséquence acquitté, et comme le médecin expert avait déclaré qu'il n'y avait aucun inconvénient à le laisser en liberté, du moment qu'on lui retirait momentanément le droit de pratiquer la médecine, ainsi fut fait.

C'est alors, comme le dit le *Figaro*, que la politique entre en scène ; le Dr X... devient l'homme d'un parti ; il est élu député, et comme la folie n'est pas considérée comme une cause d'inéligibilité, son élection est légale.

Si j'en crois mon correspondant, le public, dans le canton de Neuchâtel, ne s'est pas trop ému de cet événement ; il est plutôt porté à en rire, à le considérer comme un « fait divers » digne d'amuser la galerie. Dans son esprit simpliste, la masse se pose le dilemme suivant : De deux choses l'une, ou le Dr X... est fou, ou il ne l'est pas : dans le premier cas, il devrait être enfermé dans un asile d'aliénés ; dans le second, sa place serait dans le pénitencier, puisque ses avortements de complaisance sont prouvés... Cette argumentation me paraît sans réplique. Ce n'est pas une raison toutefois d'élire ce médecin député.

Que les gens intelligents du canton de Neuchâtel — et ils sont l'immense majorité — se consolent : leur arrondissement de La Chaux-de-Fonds n'a pas le privilège de l'excentricité électorale. N'avons-nous pas vu en 1896, aux élections municipales de Paris, se former dans le VIe arrondissement un comité électoral proposant aux suffrages de leurs concitoyens un pensionnaire de Bicêtre ? Il est vrai que ce pauvre malade ne fut pas élu : il n'obtint que 135 voix sur 3.121 votants. L'arrondissement de La Chaux-de-Fonds l'emporte donc sur Paris, puisqu'il s'est payé le luxe d'un député « irresponsable ». — A. R.

FAITS DIVERS

Discours de rentrée des tribunaux, — Parmi les discours de rentrée des cours et tribunaux de cette année, nous n'avons à relever que le suivant :

A *Rouen*, M. Delrieu, avocat général, a lu une étude sur « l'alcoolisme et les moyens de le combattre tant au point de vue pratique qu'au point de vue juridique ».

Hystérie dans l'armée allemande. — On lit dans le *Temps* (numéro du 17 octobre 1900) :

©BIUM

« D'après un article paru dans la *Gazette médicale militaire*, on n'a pas constaté moins de 142 cas d'hystérie dans l'armée allemande pendant l'espace de deux mois et demi. A ces cas d'hystérie viennent s'ajouter 24 accidents nerveux survenus à la suite de blessures et 109 cas de neurasthénie. La plupart du temps, ces maladies se produisent chez les soldats sous forme de troubles des mouvements musculaires. Les crampes hystériques se produisent souvent après de fortes émotions ou à la suite de trop grande fatigue physique. Les crampes passées, le malade reste souvent dans un état d'esprit particulier, qui lui fait commettre des actes que le Code militaire punit très sévèrement. Le malade est, entre autres, poussé à s'éloigner de son corps et à errer sans but dans la campagne. »

Testaments excentriques. — Le *Temps* (numéro du vendredi 29 octobre 1900) publie les deux faits suivants qui lui sont communiqués par son correspondant de Londres :

« Je relève deux testaments qui ne manquent pas d'originalité. Le premier est celui du marquis de Bute, dans lequel il donne des instructions formelles pour que son cœur soit mis en terre sur le mont des Oliviers et son corps dans le caveau de famille. Il perpétue ainsi une vieille superstition écossaise d'après laquelle le mont des Oliviers serait le point d'où le ciel sera le plus accessible au jugement dernier. Le cœur est l'enveloppe de l'âme, d'après les théories écossaises, et c'est pourquoi la famille du feu marquis se prépare à faire le pèlerinage de la Palestine, afin de déposer sur le sommet de la montagne sainte une partie des restes mortels de celui qui fut à la fois un homme très intelligent et la victime de toutes les superstitions de sa race.

« Le second testament n'est pas moins extraordinaire : Le capitaine Clayton, récemment décédée à Nice, à l'âge de trente-neuf ans, vient de léguer 3 millions 1/2 à ses deux filles, Diane et Eléonore, à condition toutefois qu'elles n'épousent ni un citoyen américain, ni un israélite. »

Fondation d'un musée d'aliénation mentale en Allemagne. — Il est question de fonder en Allemagne un musée d'aliénation mentale, où serait réuni tout ce qui concerne l'assistance des aliénés, tant au point du passé que du présent. M. le Dr Bresler, directeur du *Psychiatrische Wochenschrift* et médecin en chef de l'asile de Fribourg-en-Silésie, s'est fait le promoteur de cette institution, dont le siège serait sans doute à Nuremberg. Notre savant collègue fait un appel prssant à tous les médecins aliénistes et leur serait très reconnaissant s'ils voulaient bien lui faire parvenir tous les objets qui mériteraient de trouver place en ce musée, tels que photographies des asiles, anciens moyens mécaniques de contention, etc., etc. Un tel musée, surtout si l'on

©BIUM

pouvait y adjoindre une bibliothèque, où serait réuni tout ce qui a été publié sur la médecine mentale, ne serait certes pas sans intérêt et aurait de nombreux visiteurs.

UN NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE

Le mois de juillet dernier a vu naître, en Italie, un nouveau journal de médecine mentale et nerveuse : la *Rivista mensile di neuropatologia e psichiatria*. Ce recueil mensuel est publié sous la direction du professeur E. Sciamanna, avec le professeur Giorgio Fords comme rédacteur en chef. Nous adressons avec empressement à ce nouveau confrère un salut de bienvenue et des souhaits de longévité.

Comme nous l'apprend un avis au lecteur qui se trouve en tête de son premier numéro, cette revue mensuelle doit être considérée comme la continuation de la *Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria e neuropatologia*, qui a cessé de paraître en septembre 1899. Cette *Rivista quindicinale* fut fondée, en mai 1897, par les professeurs E. Sciamanna et Sergi, avec le Dr Sante de Sanctis comme rédacteur en chef; elle obtint la collaboration des médecins aliénistes et neurologistes les plus distingués de l'Italie. Sa collection forme un peu plus de deux volumes, contenant des travaux originaux, de l'importance desquels nos lecteurs pourront eux-mêmes juger par l'analyse qu'en donnera prochainement dans les *Annales* notre savant collaborateur, M. Th. Taty. Ils partageront sans doute alors nos regrets de la disparition d'un recueil qui, en un si court espace de temps, a su réunir une collection de mémoires très intéressants sur les points les plus divers de notre spécialité.

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.

©BIUM

ANNÉE 1902

PRIX AUBANEL. — 2.000 francs. — Question : *Valeur séméiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1900 pour les prix à décerner en 1901; pour ceux à décerner en 1902, le 31 décembre 1901, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire 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.

ENSEIGNEMENT

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES (Nouvelle Sorbonne).— Histoire des doctrines de psychologie physiologique. — M. JULES SOURY, directeur d'études, traitera, à partir du lundi 5 novembre, à 5 heures, de la *Théorie des sensations*, et le vendredi, à la même heure, de la *Structure et des Fonctions du système nerveux central.*

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIIe VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

PAGES

Eloge du Dr E. Billod ; par le Dr A. Ritti. 11

I. — Chronique.

Les impressions d'un médecin aliéniste allemand sur la Maison nationale de Charenton. — Réponse à M. le Dr Ed. Hess, de Stephansfeld ; par le Dr J. Christian. 5
La section de psychiatrie au Congrès international de médecine de 1900. 177
Le service des aliénés en Hongrie. — Les asiles d'aliénés de Constantinople. — De la typographie comme moyen d'occuper les aliénés. — *Vénus ennemie*, par Jacques de Nittis ; — par le Dr Ant. Ritti 353

II. — Psychologie morbide.

Histoire des suggestions religieuses de François Rabelais ; par le Dr Binet-Sanglé . . . . . 42, 200 et 368

III. — Pathologie.

Des psychoses consécutives à l'intoxication oxy-carbonique ; par le Dr B. Greidenberg. 58
Sur la folie gémellaire ; par le Dr Serge Soukhanoff. 214
La démence paranoïde ; par le Dr J. Séglas. 232
Un cas de paralysie générale survenue pendant une syphilis secondaire ; marche rapide ; ictus apoplectiforme avec issue fatale ; épilepsie jacksonienne ; par le Dr René Serrigny. 386

IV. — Thérapeutique.

Note sur l'emploi de l'éther diacétique de la morphine ou héroïne en aliénation mentale ; par les Drs Viallon et Jacquin. 396

V. — Médecine légale.

Responsabilité des directeurs et médecins d'établissements d'aliénés en cas de suicide de l'un de leurs pensionnaires ; par le Dr J. Christian. 435

©BIUM

VI. — Établissements d'aliénés.

PAGES

Du secret dans les asiles publics d'aliénés, par le Dr Pons, 76 et 247

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I.—Société médico-psychologique.

Séance solennelle du 30 avril 1900. — Correspondance et présentations d'ouvrages : M. Pilcz. — Rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Pactet. — Eloge de Billod : M. Ant. Ritti. . 90

Séance du 28 mai 1900. — A propos du procès-verbal : M. Doutrebente. — Mort de M. Desmaisons : M. Magnan. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Coulon, Roberto Massalongho. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Rapport de M. Febvré sur la candidature de M. Rayneau; élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Yanniris; élection. — Maladies mentales familiales (*suite*) : MM. Arnaud, Doutrebente, Taguet, Christian, Giraud, Briand, Magnan, Ritti, Legrain. 257

Séance du 25 juin 1900. — A propos du procès-verbal : MM. Toulouse, Ritti. — Mort de M. Korsakoff : M. Magnan.— Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Trénel, Yanniris, Antheaume, Mongeri, Thulié, Strauss. — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de M. Vaschide; élection. — Déformation des oreilles chez les lutteurs japonais. Rapport sur un travail de M. Yasusaburo Sakaki : MM. Christian, Magnan, Arnaud, Briand. — Maladies mentales familiales (*suite*) : MM. Boissier, Arnaud, Daniel Brunet.— Rapport sur l'état mental du nommé D..., inculpé de tentatives d'escroqueries : M. Rayneau.. . . 267

Séance du 30 juillet 1900. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Vaschide, Biffi, Bernstein, Korsakoff. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Antheaume; élection. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Luigi Mongeri; élection. — Maladies mentales familiales (*suite*) : MM. Doutrebente, Trénel, Joffroy. — Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique chez l'adolescent : M. Daniel Brunet. 296

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1898)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Guérison du goitre congénital d'un nourrisson par l'alimentation thyroïdienne de la nourrice. 93

Nature et traitement de la chorée.. 93

Traitement médical de l'épilepsie. 94

Influence de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie du tabes spasmodique congénital. 95

Résection et ablation du sympathique cervical dans l'épilepsie. . . 96

©BIUM

JOURNAUX FRANÇAIS (1898)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

PAGES

Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale. 446
Troubles trophiques de la paralysie générale. 447
Cas tératologique complexe d'un aliéné (gigantisme, féminisme, cryptorchidie) 447
Contribution à l'étude de la descendance des invertis. 447
Idiotie hydrocéphalique acquise. 448
Le délire mélancolique 448
Cas de paralysie générale juvénile avec lésions tabétiformes des cordons postérieurs. 448
Note sur les idées de négation. 448
Sur les lésions spinales de la paralysie générale. 449
Guérison d'un délire chronique systématisé non lié à la dégénérescence. 449
A propos de cinquante cas de fièvre typhoïde chez les aliénés. . . 449
Note sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques. 449
Rapports de la tuberculose et de l'aliénation mentale 450
Hépatisme et psychoses. 450
Recherches sur le suicide en Grande Bretagne. 451
Poussées d'encéphalite aiguë dans le cours de l'encéphalite subaiguë et chronique. 451
Mécanisme automatique de l'attention 451
Tic ou spasme de la face. 452
Chocs céphalalgiques chez les épileptiques. 453
Descendance des alcooliques; influence de l'hérédité paternelle. . 453
Disostose cléido-cranienne héréditaire. 454
Atrophie du nerf optique par rapport au tabes et à la paralysie générale. 455
Cas de paralysie générale juvénile à début spinal. 455
Toxicité de la sueur chez les épileptiques et les mélancoliques. . . 456
Psychoses systématisées chez la femme à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital. 456
Paralysies post-opératoires, dites paralysies post-anesthésiques. . 457
Cas d'acromégalie avec démence. 457
Morphinomanie et morphinisme 457
L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques. 458
Nouvelle contribution à l'étude de la pseudo-porencéphalie et de la porencéphalie vraie. 461
Hallucinations auditives dues à l'otite moyenne catarrhale et disparues avec celle-ci. 462
Les paralysies générales progressives. 462
Recherches sur la tuberculose des méninges. 464
Cas de grossesse imaginaire chez une femme de cinquante-cinq ans. 465

JOURNAUX AMÉRICAINS (1896-1897)

(Anal. par le Dr V. PARANT.)

Cas de fragilité des os chez un aliéné. 97
Usage de l'alcool dans ses rapports avec la folie. 97
Cas de démence paralytique de longue durée. 97
Electricité dans le traitement de la folie. 97

©BIUM

PAGES
Etiologie et pathologie générale de la folie 98
Signes de dégénérescence et méthodes d'enregistrement de ces signes 98
Progrès de la psychiatrie en Amérique 98
Le nouvel asile Mclean 98
Responsabilité civile des sexuels pervers 98
Folie épileptique 98
Traitement de la folie en dehors des établissements spéciaux . . . 99
Observations relatives à des signes physiques possibles de dégénérescence 99
Déformation ou paralysie de la luette comme signe de dégénérescence 99
Psychologie de l'idiot 99
Thyroïdine dans la catalepsie 99
Etude de trois cent soixante-huit cas de paralysie générale 100
Cent observations consécutives de paralysie générale 100
Assistance publique des aliénés dans l'Etat de New-York 100
Onctions de lard frais dans l'amaigrissement 100
Notre association et nos associés 100
Présent et passé 101
Education philosophique 101
Internement des aliénés et ordonnances d'habeas corpus 101
Observations de paraphasie et de surdité verbale 101
Influence psychique de la nuit 101
Inversion sexuelle 102
Le quebracho dans la mélancolie et dans les états de stupeur . . 102
Quelques erreurs courantes au sujet des aliénés 102
Un aliéné homme de génie. Hoffmann 102
Diagnostic différentiel de la folie 102
Folie chez les jeunes femmes 102
L'ennemi de la civilisation au xx^e siècle 103
Patronage des aliénés guéris 103
Etat de conscience dans l'attaque épileptique et dans ses équivalents . . . . . 103 et 112
Syphilis cérébrale 104
Des écoles d'infirmiers dans les asiles d'aliénés . . . . . 104 et 107
Electricité statique dans le traitement des maladies mentales et nerveuses 104
Moelle des os dans l'anémie 104
Maladies des reins et folie 105
Manie, double conscience, suite d'excès alcooliques 105
Influence d'un carcinome du pylore sur les idées délirantes d'un mélancolique 105
Cinq cas d'hystérectomie chez des aliénés 105
Quelques mots sur l'anthropométrie 105
Cas d'amnésie 106
Délire grave 106
Double hématome de l'oreille 106
Les progrès de la neurologie et leurs rapports avec la psychiatrie. 106
Coup d'œil sur la psychiatrie dans les Etats du Sud 106
Considérations générales sur l'auto-infection . . . . . 106 et 107
Quelques formes rares d'aura épileptique 107
Du travail industriel des aliénés au point de vue médical et matériel 108
Cas de démence progressive ; examen histologique du cerveau . . 108
Examen bactériologique du liquide cérébro-spinal dans quarante-sept cas de folie 109
Folie héréditaire et mariages consanguins 109
Conceptions impératives 109

©BIUM

PAGES
Les psychoses de la vieillesse. 110
Le témoignage des aliénés 110
Paralysie générale chez deux sœurs, ayant commencé, chez l'une à l'âge de dix ans, chez l'autre à l'âge de quinze. 110
Catatonie 111
Migraine avec hallucination visuelle. 112
Patronage des aliénés guéris 112

JOURNAUX ITALIENS (1895-1897)

(Anal. par les Drs Taty et Nicoulau.)

Tendance au vol chez les aliénés. 113
Evasion des aliénés criminels. 113
La psychiatrie en justice militaire. 114
Simulation de délit par auto-suggestion. 115
Le tempérament chez les paranoïques homicides. 115
L'alcoolisme. 116
Cas type d'imbécillité morale, de criminalité congénitale et d'épilepsie.. 117
Le thymus dans le traitement du goitre exophtalmique et du goitre commun. 118
Physiologie pathologique des lobes frontaux. 119
La sensibilité hygrique. 120
Ecorce cérébrale chez un criminel paranoïque. 121
Paralysie périodique du trochléaire avec céphalée et nausées.. . . . 123
La pudeur. 123
Valeur séméiologique des idées d'auto-accusation dans la démence paralytique et la paranoïa primitive.. 125
Lésions de l'écorce cérébrale consécutives aux altérations expérimentales du sympathique cervical. 125
Rapports de l'anthropologie criminelle avec la médecine légale et la psychiatrie. 126
Altérations anatomiques de la moelle épinière dans la pellagre. . 127
Expertise médico-légale dans un cas d'homicide.. 127
Cas de folie simulée. 128
Les diverses formes de la confusion mentale.. 128
La forme clinique prédominante de la paralysie générale. 128
Méthodes de Flechsig et de Bechterew dans le traitement de l'épilepsie. 129
Rapports entre la paranoïa aiguë et l'obsession.. 130

JOURNAUX ANGLAIS (1897).

(Anal. par le Dr Pons.)

Le latah, une maladie mentale des Malais. 310
Quelques aspects indiquant la phagocytose, observés sur le cerveau des aliénés... 313
Notes sur la première année d'existence de l'asile londonien de Claybury.. 314
La découverte de la folie dans les prisons. 316
Maladie mentale (qui n'est pas la paralysie générale) associée avec le tabès dorsal. 317
Note sur la théorie de Weigert, touchant la névroglie. 319
Signification des déformations du palais chez les idiots. 320
De la folie post-opératoire, avec notes sur un cas survenu trois semaines après une laparotomie.. 321

©BIUM

PAGES

Cas de mélancolie avec lipome paraissant tendre vers la démence. Opération et guérison. 326
Traitement par la suggestion, avec ou sans hypnose. 466
Nouvelles remarques sur la relation entre le diabète, la glycosurie et l'aliénation mentale. 467
L'âge dans ses rapports avec le traitement de la mélancolie. . . . 471
Note sur l'usage du sulfate de duboisine 471
L'habitude, condition mentale morbide, et son traitement. 473
Craniectomie chez les idiots. 476
Les aliénés dans l'Inde et leur traitement. 477
Quelques aspects mentaux de la musique. 481
Tuberculose chez les aliénés, sa prophylaxie. 485
Histologie normale et pathologique de la névroglie, spécialement dans ses rapports avec les maladies mentales. 486
Notes sur quelques cas de folie à deux chez plusieurs membres d'une même famille. 490

III. — Bibliographie.

Les hallucinations volontaires (l'état hallucinatoire); par le Dr P. Dheur (Anal. par le Dr Rayneau). 133
Etude sur les dégénérés criminels; par Manoel Calmon du Pin et Almeida (Anal. par le Dr Anglade). 137
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1899; par le Dr Th. Taty. 141
Les éléments nerveux de la rétine des sélaciens; préparations au bleu de méthylène; par le Dr Alfred Schaper (Anal. par J. Soury). 145
De la suggestion mentale pendant le sommeil naturel dans le traitement des maladies mentales; par le Dr Paul Farez (Anal. par le Dr A. Cullerre). 147
Valeur morphologique des signes dits « de dégénérescence »; par le Dr Giuffrida-Ruggeri (Anal. par le Dr Taty). 327
Le type progénien chez les gens sains d'esprit, chez les aliénés et chez les criminels; par le Dr G. Peli (Anal. par le Dr Taty). . . 330
Les états neurasthéniques; par le Dr Gilles de la Tourette (Anal. par le Dr Cullerre). 331
Quatorzième rapport annuel du Comité pour l'aliénation mentale de l'Etat de Pensylvanie (Anal. par le Dr Cullerre). 332
Les affections mentales des enfants : idiotie, imbécillité et folie; par le Dr Ireland (Anal. par le Dr Cullerre). 333
Rapport du Comité de l'Association neurologique américaine sur le patronage des aliénés guéris (Anal. par le Dr Cullerre). . . . 335
James Braid, chirurgien et hypnotiseur; par le Dr J. Milne Bramwell (Anal. par le Dr Cullerre). 336
Sur les idées obsédantes; par le Dr Milne Bramwell (Anal. par le Dr Cullerre). 336
L'expertise médico-légale dans le procès de l'assassin Kelley; par Walter Channing (Anal. par le Dr Cullerre). 337
Deux cas de folie dite par transformation et en commun; par le Dr Léo Finkelstein (Anal. par le Dr Nicoulau) 492
Etiologie et traitement de la folie puerpérale. Note préliminaire; par le Dr L. Mongeri (Anal. par le Dr Th. Taty). 498
Etude graphologique sur les variations de l'écriture des aliénés; par le Dr Edouard Mesley (Anal. par le Dr Rayneau) 501

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . . 148, 338 et 503

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 28 mai 1900. 152

©BIUM

IV. — Variétés.

PAGES

Nominations et promotions : MM. Blin, Lalanne, Thibaud, Bonnier, Dupain, Chardon, Lwoff, Broquère, Max Dubuisson, Cossa, Briche, Croustel, Terrade, Papillon, Belletrud, Levet, Taguet, Vigouroux, Bessière. — Nécrologie : Georges Masson. — Création d'asiles d'Etat pour les aliénés criminels. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — XIII^e^ Congrès international de médecine. Programme de la Section de psychiatrie. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. 164

Nominations et promotions : MM. Pierret, Legrain, Maignal, Raviart, Bécue, Brunet, Leroy, Ligier, Josserand, Truelle, Lwoff, Dide, Pochon. — Nécrologie : Desmaisons. — Utilisation de la « fibre de bois » pour la literie des gâteuses. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — Enseignement : M. Roubinovitch. 340

Nominations et promotions : MM. Dericq, Bourdin, Santenoise, Baruk, Jacquin, Toy, Lallemant, Lucipia, Tondu. — Nécrologie : Henry Bonnet. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Un député « irresponsable ». — Faits divers. — Un nouveau journal de médecine mentale. — Prix de la Société médico-psychologique. — Enseignement : M. Jules Soury. 507

Table des matières du tome XII de la 8^e^ série. 522

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.