Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 15. - Paris: Masson, 1902.
Cote : 90152, 1902, n° 15

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1902x15

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

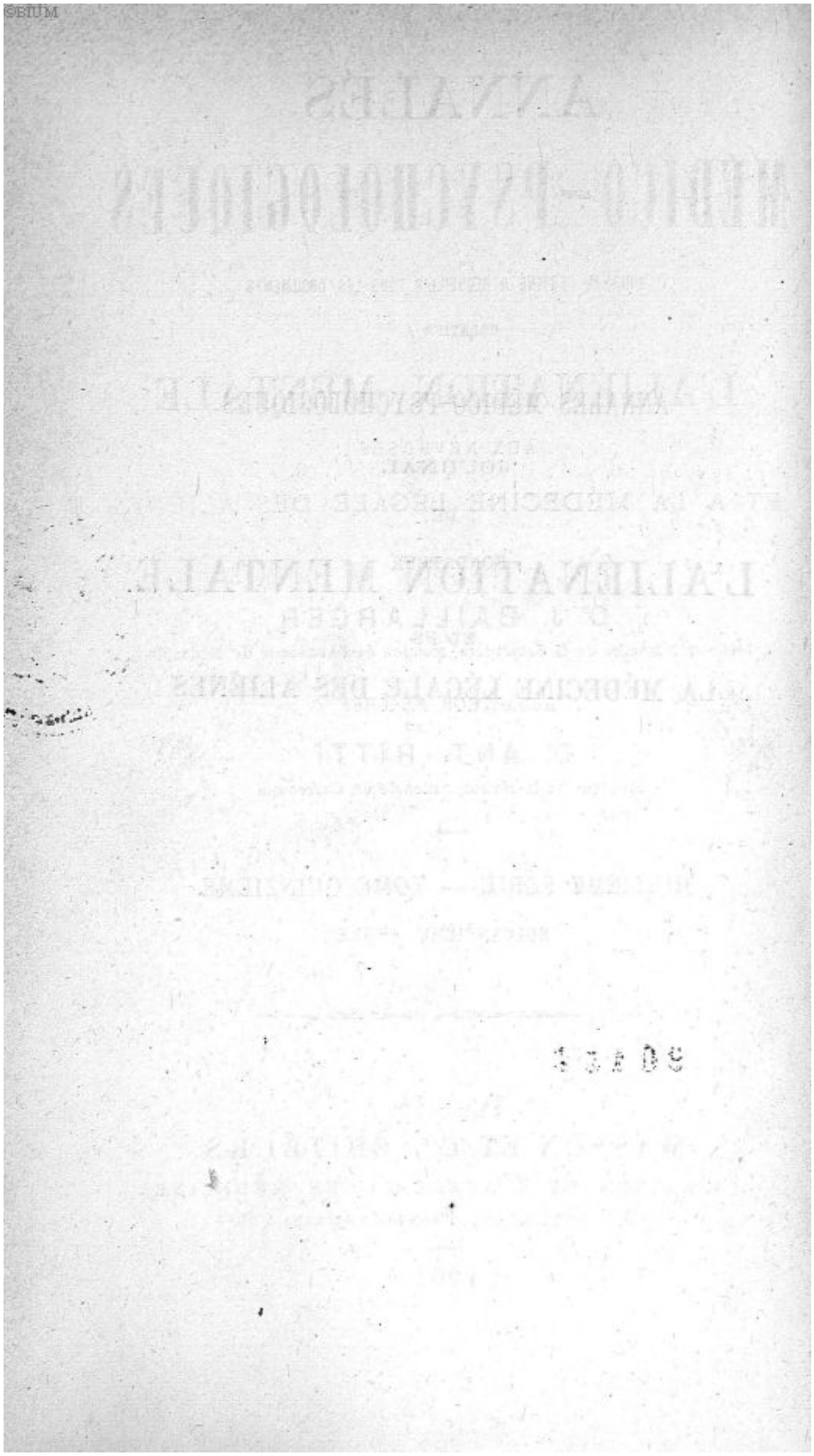
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



CBIUM

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 QUINZIÈME

SOIXANTIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

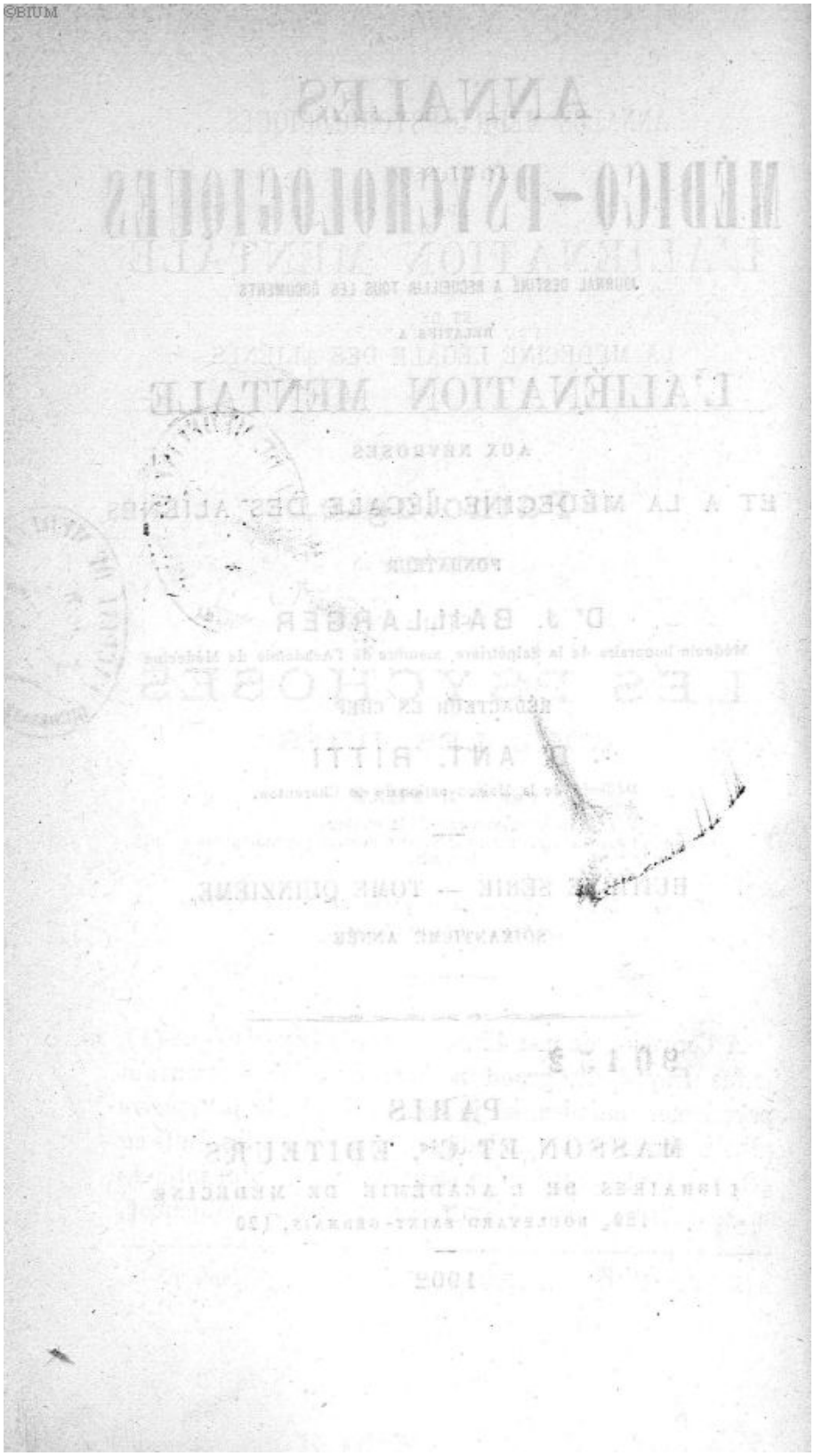
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1902

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

SUR

LES PSYCHOSES

CHEZ LES JUIFS

Par le Dr PILCZ

Médecin assistant de la clinique,
membre associé étranger de la Société médico-psychologique
de Paris.

(Travail de la Ire Clinique psychiatrique de l'Université de Vienne, professeur, Dr von Wagner).

A l'occasion de mes études sur la folie périodique (1), je fus frappé du grand nombre de Juifs se trouvant parmi mes malades, et je conçus l'idée de poursuivre plus exactement les maladies mentales chez les Juifs en général. Cette question me sembla d'autant plus intéressante qu'il y a, dans la littérature, proportionnellement,

(1) Pilcz. *Ueber periodische Geistesstörungen*, 1901, Iena, p. 18.

©BIUM

peu d'indications sur ce sujet, qui d'ailleurs ne sont formulées que très généralement.

Ce sont surtout deux questions que je me suis posées; c'est à savoir si, en général, les Juifs ont une disposition plus grande à l'aliénation mentale relativement à la population aryenne, — et, si oui, à quelles formes nosologiques spéciales des psychoses?

Je le sais bien, et je ne veux du tout me céler que ce travail-ci tout entier porte en soi un défaut capital, qui, difficile à éviter, pourrait atténuer la valeur de mes résultats à un certain degré : je veux parler de la circonstance que la division des malades ne pouvait se faire en général que selon la confession, une division selon la race en Juifs et Aryens — ce qui serait le plus important — n'étant guère possible. Il va sans dire que, tandis que les chiffres des malades appartenant à la religion mosaïque correspondent bien à ceux de la race juive, on ne peut pas identifier brièvement tous les chrétiens à la population aryenne. Mais puisque je connais personnellement non seulement tous mes malades, mais aussi leur famille, et le plus souvent leur origine, je crois avoir pu éviter cette faute de statistique le plus possible. Par exemple j'ai compté les Juifs baptisés dans les rubriques : Juifs, de mes tableaux statistiques. D'ailleurs, c'est justement dans la clientèle d'une clinique qui se recrute surtout dans les sphères inférieures de la population, que ledit fait devrait être plus négligeable. Mes résultats me semblent tout à la fois assez remarquables pour justifier la publication de cette étude.

En ce qui concerne la littérature psychiatrique, j'y ai trouvé les indications suivantes :

Schüle (1) dit que, selon les confessions, les Juifs

(1) Schüle. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1878, p. 217.

©BIUM

semblent fournir le plus d'aliénés en proportion de la population.

Kraepelin (1) fait observer que les Juifs sont disposés aux maladies mentales et nerveuses à un degré considérablement plus élevé que les Germains, au moins en Allemagne ; peut-être la prédilection des Juifs pour les mariages consanguins y joue quelque rôle.

De même Kirchhoff (2) et Krafft-Ebling (3) voient dans les mariages entre consanguins (« Inzucht ») un grave facteur étiologique de ce que l'aliénation mentale se rencontre relativement en grande quantité chez les Juifs.

Hirschl (4) note 40 Juifs parmi 200 paralytiques, c'est-à-dire 20 p. 100. Sept d'entre eux étaient des héréditaires.

Beadles (5) trouve une grande et anormale prédominance de la paralysie générale parmi les hommes (21 p. 100 de tous les Juifs internés, tandis que la paralysie générale ne revient qu'à 13 p. 100 des admissions de la population du reste). Quant à la démence paralytique chez la femme, Beadles n'observa point de différence entre les Juifs et les non-Juifs. L'épilepsie serait rare. Les Juifs tombent malades dans un âge en moyenne plus jeune. Les chances de guérison sont chez eux moins favorables pour toutes les formes de la folie. Beadles achève son mémoire intéressant par ces mots : « Les malades juifs sont les aliénés les plus ennuyeux et les plus insupportables des asiles ; ils sont tous très pares-

(1) Kraepelin. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1896, p. 81. Leipzig.
(2) Kirchoff. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1892, p. 34.
(3) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1888, Stuttgart, p. 157.
(4) Hirschl. *Jahrbücher f. Psychiatrie*, t. XIV, p. 889. « Zur Aetiologie der progressiven Paralyse ».
(5) Beadles. *The journal of mental science*, 1900, p. 731. « The insane Jew ».

©BIUM

seux, souvent de mauvaise tenue, dégradés moralement et destructeurs de leurs vêtements. »

Savage (1) trouve, chez les Juifs aliénés, « la moral depravity » très fréquente et même hors de proportion.

Mickle (2) observa une proportion pour cent très grande pour la folie périodique. (Cette indication faite dans une discussion de l' « Annual meeting of the medico-psych. Association », 1900, m'avait échappé quand j'avais fini ma monographie citée plus haut.)

Shuttleworth (3) et Fletcher Beach (4) notent que parmi les enfants arriérés et idiots il y a peu de Juifs, mais que ceux-ci sont neuropathiques à un haut degré.

La plupart de ces auteurs anglais sont d'accord pour reconnaître la fréquence de la neurasthénie chez les Juifs.

Benedikt (5) mentionne surtout la paralysie générale et l'hystérie.

Kretzmer (6) ne donne pas de renseignements personnels ; mais il cite la statistique de la Prusse de 1871, selon laquelle un million de la population contient 3.898 déments et 4.559 aliénés juifs, tandis que les chiffres correspondants pour les catholiques et les protestants sont 5,780 et 3.620.

J'en viens maintenant à mes propres recherches.

Du 1er janvier 1898 jusqu'au 1er août 1901 nous avons eu 1.219 admissions à notre clinique. (Bien entendu, je parle ici de 1.219 malades, ayant évité de compter

---

(1) Savage. *Ibid.* Annual meeting of the med. psych. Association, 1900. Londres.
(2) Mickle. *Ibid.*
(3) Shuttleworth. *Ibid.*
(4) Fletcher Beach. *Ibid.*
(5) Benedikt. *The journal of mental science*, 1901, July. « On the insane Jew ».
(6) Kwetzmer. *St Petersburg. mediz. Wochenschrift.* 1901, p. 231. « Ueber anthropologische, physiologische u. patholog. Eigenthümlichkeiten der Juden. »

©BIUM

les mêmes malades admis plusieurs fois.) Parmi ces 1.219 il y avait 134 = 10,99 p. 100 de Juifs. Les deux sexes y participent ainsi : 723 hommes avec 81 = 11 p. 100 Juifs, et 53 = 10,68 p. 100 parmi 496 femmes. D'ailleurs j'ai aussi examiné 218 malades dits pensionnaires, parmi lesquels il y a 27.69 p. 100 hommes juifs et 29,54 p. 100 femmes juives.

Cela donne la totalité de 1.437 cas d'aliénés.

Si l'on compare ces chiffres à la proportion pour cent générale des Juifs à la population viennoise, la différence est bien évidente, mais peu élevée. D'après le résultat du recensement du 31 décembre 1900, il y a 146.136 = 8,86 p. 100 de Juifs pour 1.648.335 habitants. Pour mon compte, j'ai compté presque 11 p. 100 d'aliénés juifs admis à notre clinique.

Mais je n'attribuerai pas grande valeur à cette statistique tout à fait générale. On ne doit jamais oublier qu'un asile public ne peut rien dire de décisif sur la fréquence réelle des psychoses dans une classe sociale quelconque. Pour résoudre cette question, il faudrait tenir compte non seulement des internés des asiles privés, mais aussi des aliénés traités dans leurs familles. Ce sont naturellement des facteurs sociaux, qui décident les premiers si tel ou tel aliéné est interné dans un asile d'État ou privé. Or, on ne trouve que peu de Juifs parmi les innombrables malades du prolétariat de la capitale, tandis que chaque médecin aliéniste sait d'autre part que les aliénés juifs présentent une fréquence excessivement grande, tant relative qu'absolue, dans les asiles privés.

Enfin, mes chiffres exposés plus haut, montrant tout à la fois une prédisposition des Juifs plus grande aux maladies mentales, ne sont pas absolument en état de donner une idée exacte de la fréquence réelle des psychoses parmi ceux-ci.

©BIUM

TABLEAU I.

DIAGNOSTIC	NOMBRE total de malades.	JUIFS	PROPORTIONS	NOMBRE total de malades.	JUIVES	PROPORTIONS
Idiotie	5	0	0 p. 100.	11	2	18.18 p. 100.
Imbécillité	29	6	20.69 —	15	2	13.3 —
Idiotie morale	45	3	6.6 —	9	0	0 —
Mélancolie	9	3	33.3 —	36	4	11.1 —
Manie	2	0	0 —	4	0	0 —
Confusion hallucinatoire aiguë	22	4	18.18 —	103	9	8.73 —
Délire chronique	118	17	14.41 —	111	7	6.3 —
Folie périodique	23	6	26.08 —	29	6	20.69 —
Démence sénile	19	1	5.26 —	23	3	13.04 —
Démence secondaire	5	0	0 —	15	5	33.3 —
Paralysie générale	144	27	18.75 —	43	5	11.63 —
Epilepsie psychique	54	2	3.7 —	30	2	6.6 —
Délire hystérique	5	0	0 —	19	2	10.52 —
Folie néurasthénique	4	1	25.00 —	5	2	40.00 —
Démence après foyers cérébraux	14	1	7.14 —	2	0	0 —
Alcoolisme	173	0	0 —	22	0	0 —
Morphinisme, etc.	6	2	33.3 —	—	—	—
Démence précoce	46	8	17.39 —	19	4	21.05 —
Nombre total	723	81	11.2 p. 100.	496	53	10.68 p. 108.

Total des malades (hommes et femmes) : 1.219.

©BIUM

Mais les chiffres deviennent très remarquables et bien intéressants quand on envisage les malades divisés selon les types nosologiques divers, ainsi que le prouve le tableau statistique ci-dessus.

Si l'on passe en revue les diverses formes de la folie, on est frappé d'abord de ce qu'aucun Juif ne se trouve parmi les nombreux cas d'alcoolisme. Dans ce groupe de la classification officielle, les psychoses les plus variées sont comprises, dont le facteur étiologique est l'abus de l'alcool, par exemple : *Delirium tremens;* Alcoolisme hallucinatoire (Wernicke) ; Alcoolisme paranoïque, etc.). Ce fait est d'autant plus remarquable qu'il s'agit de chiffres élevés, que l'on peut donc bien exclure le simple jeu du hasard.

Pendant mon service comme médecin adjoint à l'asile d'aliénés, dès 1895, je n'ai point observé d'alcoolique juif. (Il va sans dire que je fais abstraction des excès alcooliques étant non la cause, mais déjà le symptôme d'une maladie mentale, par exemple d'une paralysie générale au premier état, ou d'une hypomanie circulaire ou périodique.) Mon cher confrère, le Dr Sickinger, médecin de la maison nationale de Vienne, a eu la grande amabilité de me dire qu'il n'a vu que deux délirants alcooliques juifs, les six années précédentes. Que l'on compare ce chiffre infime aux chiffres des admissions mâles avec le diagnostic « alcoolisme », que je cite d'après les « Jahresberichte der n. o. Landes-Irrenanstalten » : les chiffres des aliénés alcooliques furent :

En 1895.	272
En 1896.	280
En 1897.	160
En 1898.	192, etc.

Il en résulte que chez les Juifs, l'alcoolisme ne joue presque aucun rôle dans l'étiologie des maladies men-

©BIUM

tales (fait d'ailleurs plusieurs fois mentionné dans l'alcoolisme).

Si nous soustrayons les alcooliques dans le tableau I, la proportion pour cent des juifs s'élève considérablement. Ainsi nous comptons 14.73 p. 100 des Juifs parmi les hommes et 11.18 p. 100 des Juives. Puisque la basse population fournit le plus grand contingent aux aliénés pour cause d'alcoolisme, je croyais bien intéressant d'étudier aussi les chiffres correspondants desdits pensionnaires de notre asile national.

Des faits bien remarquables s'y présentent, non seulement quant à l'alcoolisme, mais aussi quant aux autres psychoses.

Il n'y a pas non plus de juifs parmi ce peu d'alcooliques des deux sexes.

En envisageant les autres types de psychoses, je fais abstraction d'abord de ces cas qui sont représentés en trop petit nombre d'observation, par exemple les cas de manie (6), de folie neurasthénique (9), de morphinisme, etc. (Tableau I.)

Les tableaux statistiques présentent, en outre, d'une manière instructive, la disposition connue des sexes pour les diverses formes spéciales d'aliénation mentale. Dans la paralysie générale les hommes prédominent ; dans les psychoses aiguës (surtout dans la confusion mentale primitive), nous ne rencontrons presque que des femmes ; les deux sexes prennent part à la paranoïa dans une proportion à peu près égale. D'après l'expérience de Binswanger (1) il n'y a pas de différence quant à la fréquence de deux sexes pour l'épilepsie. Que parmi mes épileptiques, je compte à peu près un chiffre double d'hommes que de femmes, cela s'explique bien quand on pense à l'abus des boissons alcooliques pré-

(1) Binswanger. *Die Epilepsie*. Wien, 1899, p. 174.

TABLEAU II. — Comprenant les malades, dits pensionnaires, de l'asile de Vienne, du 1er janvier 1898 au 1er août 1901.

DIAGNOSTIC	NOMBRE total de malades.	JUIFS	PROPORTIONS	NOMBRE total de malades.	JUIVES	PROPORTIONS
Imbécillité	4	0	0 p. 100.	—	—	—
Idiotie morale	2	0	0 —	1	0	0 p. 100.
Mélancolie	1	0	0 —	9	3	33.3 —
Manie	3	1	33.3 —	1	0	0 —
Confusion hallucinatoire aiguë	3	2	66.6 —	7	2	28.57 —
Délire chronique	13	4	30.77 —	21	6	28.57 —
Folie périodique	4	4	100 00 —	6	2	33 3 —
Démence sénile	13	2	15.38 —	8	2	25.00 —
Démence secondaire	1	0	0 —	6	3	50.00 —
Paralysie générale	64	17	26.56 —	4	1	25.00 —
Epilepsie psychique	1	0	0 —	—	—	—
Délires hystériques	1	1	100.00 —	7	1	14.28 —
Folie neurasthénique	2	0	0 —	7	3	42.85 —
Démence après foyers cérébraux	3	0	0 —	1	0	0 —
Alcoolisme	7	0	0 —	2	0	0 —
Démence précoce	8	5	62 5 —	8	3	37.5 —
Nombre total	130	36	27.69 p. 100.	88	26	29.54 p. 100.

Total des malades (hommes et femmes) : 218

page 13 sur 528

©BIUM

sentant un facteur très important dans l'étiologie de l'épilepsie et jouant un plus grand rôle chez les hommes. Cela serait en accord de ce que mes chiffres absolus pour les épileptiques juifs sont les mêmes aussi pour les hommes que pour les femmes, tandis que la proportion pour cent est à peu près la moitié pour les femmes. (Ces chiffres comprennent naturellement des aliénés épileptiques, non de la névrose pure et simple.)

Nous trouvons un chiffre peu élevé de Juifs dans les cas compris sous le diagnostic officiel de « démence ». J'ai fait là une sous-division en démence sénile et en « démence secondaire après une psychose aiguë ». Quant à la première, il n'y a point de différence entre les deux sexes, pas de différence entre les Juifs et l'autre population. Mais la fréquence des femmes juives devenues démentes au courant d'une psychose aiguë est vraiment très élevée. Vu la difficulté d'un diagnosetic différentiel entre la démence précoce et entre la démence secondaire comme terminaison d'une psychose aiguë, difficulté souvent grande, quand on n'a qu'un état stationnaire devant soi et qu'on est obligé de recourir à des renseignements anciens pour juger les premiers symptômes, la division en hébéphrénie et en démence secondaire ne peut être qu'arbitraire à un certain degré. Mais voici aussi dans la démence précoce que nous voyons des chiffres bien élevés de malades juifs, surtout parmi les femmes. On doit donc, en se basant sur un nombre d'observations point du tout négligeable, tirer la conclusion suivante : Dans des psychoses aiguës survenant dans un âge plus jeune, les Juifs courent le danger de devenir déments à un degré plus haut que l'autre population. (Il va sans dire que j'excepte là les types bien nettement circonscrits de la folie périodique.)

Nous voyons aussi peu de Juifs parmi les malades admis à l'asile avec le diagnostic « moral insanity ». La

©BIUM

classification officielle comprend tous les cas d' » imbécillité » sous le numéro 2, les cas d'mbécillité simple intellectuelle, comme les cas d'idiotie morale.

Vu les différences considérables des malades réunis sous ce diagnostic, je croyais utile de faire là aussi une sous-division en cas d'imbécillité simple et en cas de cette catégorie d'aliénés qui, dans la capitale, ne fréquentent qu'en trop grand nombre — hélas ! — les asiles et qui portent des noms divers, tels que « dégénérés », « delinquente nato » (*Lombroso*) (1) « idiots moraux », *psychopathische Minderwertigkeiten* (*Koch*) (2), mais plus exactement, « natures criminelles » (3).

La prédominance des hommes (45 : 9) s'explique facilement par la « soupape de sûreté » de la prostitution qui défend les femmes de ce genre de la criminalité et, par là, de l'expertise médico-légale et de l'internement dans les asiles d'aliénés.

Quant à la proportion des fous criminels juifs aux non-juifs, une simple considération montre que l'on ne peut pas tirer de conclusions quelconques des chiffres exposées dans mes registres. Car on ne peut ni ne doit comparer ces chiffres à la proportion pour cent des Juifs en général vis-à-vis de la population tout entière, mais seulement les chiffres correspondants des criminels juifs et non juifs. Or, quant à moi, je ne possède pas d'informations statistiques sur ce point. Mais le point encore plus important est que les individus de ce genre ne sont admis à l'asile directement qu'en des cas extrêmement rares. Le plus souvent ils y parviennent par le détour des asiles de correction ou des prisons. Or,

(1) Lombroso. *Der Verbrecher* (Deutsch v. Frankel), Hamburg, 1887.

(2) Koch. *Psychopathische Minderwertigkeiten*. 1891. Ravensburg

(3) V. Wagner. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1901. N° 30 p. 724. « Zur Reform des Irrenwesens ». IV.

©BIUM

quiconque connaît la situation, sait que le plus souvent il dépend des circonstances tout à fait accessoires, d'un hasard, que parmi la foule des criminels par habitude, tel ou tel individu soit soumis à l'expertise médico-légale. Par là je me suis déjà éloigné trop du thème propre de cette étude ; mais je devais interposer ces lignes quand même pour expliquer pourquoi (d'après mon avis) mes chiffres enregistrés plus haut ne me semblent pas permettre de conclusions pour cette forme spéciale de la folie. Peut-être aussi l'absence de l'alcoolisme chez les Juifs exerce quelque influence.

Dans la confusion hallucinatoire aiguë (Amentia de Meynert) dont des facteurs exogènes (maladies infectieuses, inanition, lactation, etc.) forment l'étiologie pour la plus grande part, je n'ai rien remarqué de particulier sur sa fréquence chez les malades femmes juives ; elle n'est ni extraordinairement grande, ni petite. Mais d'autre part nous avons le grand nombre de 18 p. 100 de Juifs parmi les hommes. Comme les hommes sont atteints rarement en général de l'amentia, on doit admettre la possibilité que peut-être la plupart de ces vingt-deux malades se développeraient en cas de folie périodique ou de hébéphrénie au cours d'une observation continuée. Eh bien, nous avons vu plus haut la grande prédisposition des Juifs pour la démence précoce, et, quant à la folie périodique, j'ai déjà mentionné ce fait jadis (1).

Dans toutes les autres rubriques du tableau I nous trouvons des chiffres surpassant considérablement la proportion pour cent générale des Juifs vis-à-vis de la population aryenne. La fréquence des malades juifs est extrêmement grande dans la paranoïa (2) (délire

(1) Pilcz, *Loc. cit.*
(2) Sauf les cas de Paranoïa females.

©BIUM

chronique à évolution systématisée), dans la mélancolie, l'imbécillité simple, les psychoses périodiques.

Les résultats sont encore moins favorables pour les malades juifs, dits pensionnaires. (V. le Tableau II.)

Si l'on veut attribuer quelque valeur aux chiffres moins grands, ce sont aussi les cas énumérés de manie, folie neurasthénique, etc., qui parlent dans le même sens.

Toutes ces psychoses sont des formes dans lesquelles la constitution psychopathique congénitale, la disposition hérédo-dégénérative, est le facteur étiologique principal.

Pour la paralysie générale progressive, la disposition héréditaire n'est pas de grande importance, comme je l'ai démontré dans un travail précédent (1). Mais auprès de la syphilis le facteur de l'épuisement cérébral de l'énervante « lutte pour la vie » y joue sans doute le rôle le plus important. Cette circonstance est en accord avec ce fait statistique connu, que certaines professions, surtout les financiers, les marchands, les agents de la Bourse, etc., courent le plus grand danger d'être atteints de la paralysie générale. Or, puisque ce sont justement les Juifs qui fournissent le plus grand contingent à ces dites professions, le haut chiffre de 18,75 p. 100 des paralytiques juifs s'explique facilement. (On voit que c'est presque le même nombre que Hirschl avait aussi trouvé.) Mais ce fait devient d'autant plus évident quand on examine mon Tableau II. Ici sont représentées les sphères non seulement plus distinguées, mais aussi plus riches, et voilà presque 27 p. 100 des Juifs parmi les paralytiques. (D'ailleurs, j'admettrais la possibilité que peut-être un nombre d'une grandeur

(1) Pilcz, *Monatsschrift f. Psychiatrie*, etc. 1899, VI. *Ueber Beziehungen zwischen Paralyse und Degeneration*, p. 1.

©BIUM

différente de syphilitiques y joue un rôle.) Mais les chiffres d'aliénés juifs sont là beaucoup plus élevés en général ; que l'on compare, par exemple les pourcentages des Juifs pour la démence précoce, les psychoses périodiques, etc.

Comme je l'ai déjà mentionné, quelques auteurs expliquent le fait non douteux de la prédisposition plus grande des Juifs pour l'aliénation mentale par la circonstance de la prédilection des Juifs pour les mariages consanguins. Si l'on connaît les situations sociales, on peut affirmer, sans aller trop loin, que justement cette circonstance que je viens de mentionner se présente encore plus fréquemment dans les familles juives mieux situées, et le nombre surprenant des maladies mentales chez les Juifs d'une sphère plus distinguée y concorde parfaitement, tant qu'il s'agit des psychoses à la base héréditaire.

Si nous résumons en nous basant sur une clientèle de 1.437 cas, il résulte que la disposition des Juifs pour les types nosologiques divers de la folie diffère de celle de l'autre population en plusieurs points.

I. — Toutes les psychoses, dont le facteur étiologique est l'abus chronique de l'alcool, ne s'observent presque jamais chez les Juifs.

II. — On n'observe pas de différence entre les Juifs et les Aryens dans la fréquence de ces psychoses, dans l'étiologie desquelles, outre une disposition individuelle encore obscure, des causes accessoires bien tentables (intoxications d'origine exo ou endogène, altérations des vaisseaux, foyers cérébraux, etc.) occupent une place remarquable.

III. — Les cas de démence précoce et de démence consécutive à une psychose aiguë sont plus fréquents chez les Juifs.

IV. — Les Juifs fournissent un grand contingent

©BIUM

au pourcentage de cette maladie mentale, sur laquelle après la syphilis le facteur du surmenage intellectuel, l'épuisant « struggle for life », a une grande influence étiologique, c'est-à-dire à la paralysie générale.

V. — Les Juifs sont fort disposés disproportionnellement à ces psychoses dans lesquelles la dégénérescence héréditaire est le facteur efficace presque unique.

Quant aux trois groupes des psychoses mentionnés les derniers, ce sont justement les sphères plus distinguées qui semblent être disposées encore plus fortement.

Mais ces chiffres atteindraient une élévation encore plus considérable si l'on pouvait y ajouter ces nombreux cas qui, sans tomber jamais aux soins d'un asile, ne sont pas quand même à considérer comme normaux ; je veux parler des formes plus légères de la folie circulaire et surtout des espèces innombrables de la folie neurasthénique, des phobies, perversités sexuelles, etc. Pour ces types hérédo-dégénératifs κατ'ἐξοχήν, que l'aliéniste ne connaît que par sa clientèle privée, on est étonné de la grande quantité de Juifs qui en sont atteints. Par malheur, ces cas étant clientèle non clinique échappent à l'investigation statistique. Si l'on voulait attribuer quelque valeur à ces résultats obtenus, il s'ensuivrait la conséquence importante pour la pratique que les médecins devraient exercer leur influence pour que des mariages entre consanguins n'aient pas lieu, surtout quand il s'agit des familles où il y a déjà de l'hérédité.

Cette étude est simplement statistique. Un point beaucoup plus intéressant serait le côté clinique de cette question, c'est à savoir si les psychoses des Juifs présentent quelques singularités dans leur sémiologie, dans leur marche, dans leur terminaison, enfin si les cas dits « atypiques » s'observent plus fréquemment chez eux.

Je pense que nous ne sommes pas encore assez avan-

©BIUM

cés dans la psychiatrie clinique pour pouvoir aborder la question des cas typiques et atypiques. En parcourant nos salles de malades, les yeux ouverts, nous rencontrons une telle quantité de malades qui diffèrent des types classiques des auteurs en beaucoup de points, que je n'oserais m'aventurer sur ce sujet. Je me borne donc à une étude purement statistique.

Les résultats de ce travail confirment en général des opinions exprimées dans la littérature par-ci par-là. Si je me suis résolu quand même à la publication de ces pages, c'est :

1° Parce que, à ma connaissance, on n'a pas encore essayé de donner une base objective en chiffres à ces opinions correspondant sans doute à l'impression subjective de plusieurs auteurs ;

2° Parce qu'une étude exacte des diverses formes des psychoses séparées me sembla fournir des résultats encore plus intéressants.

En terminant, je voudrais encore observer que ces observations se rapportent seulement aux malades de notre clinique psychiatrique de Vienne. Il serait bien intéressant de leur comparer celles faites sur les malades d'autres pays.

©BIUM

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ VI. — *Influence de la menstruation et des troubles menstruels.* — La menstruation exerce une action remarquable sur les idées de suicide, soit qu'elle exagère des idées déjà existantes, en renforçant un état mélancolique ou hallucinatoire, soit que, sous son influence, la tendance au suicide se fasse jour.

Les troubles menstruels paraissent agir dans le même sens, qu'il y ait aménorrhée ou dysménorrhée ; l'époque de la puberté, celle de la ménopause font éclore aussi des idées de suicide.

Il ne faudrait pas non plus exagérer l'importance de la menstruation et des troubles menstruels ; car, s'ils sont dans de nombreux cas une cause provocatrice indéniable, il arrive très souvent aussi que la menstruation n'apporte aucune modification psychique et que les troubles menstruels sont secondaires à l'affection mentale.

Les relations de la menstruation avec le suicide ont été indiquées depuis longtemps. Hippocrate avait déjà signalé la tendance au suicide chez les jeunes filles qui ne sont pas ou qui sont mal réglées.

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre 1901.

©BIUM

Esquirol (1), Gendrin (2), Brierre de Boismont (3), Taguet (4), Landouzy (5), Berthier (6) apportent des observations intéressantes qui démontrent l'influence incontestable de la menstruation ou de ses troubles.

« Au moment de la puberté, dit Brierre de Boismont, la tristesse est une des modifications qu'on observe le plus souvent : des jeunes filles perdent leur gaieté, elles renoncent à leurs jeux, s'éloignent de leurs compagnes. Elles sont mélancoliques, inquiètes, ont des idées noires, recherchent la solitude...

« La manie du suicide est fréquente à cet âge. »

Une fois la menstruation établie, le penchant au suicide peut se montrer dans toutes les phases de l'évolution cataméniale normale ou anormale.

« Une demoiselle (observation d'Amard, citée par Berthier), d'un tempérament bilieux, d'une constitution débile, d'un caractère irritable, a été sujette aux lipothymies dans ses premières années. De quatorze à dix-huit ans, elle a eu les pâles couleurs ; à vingt-deux ans, elle a été atteinte d'un scorbut, puis de céphalalgies, de maux d'estomac, de gonflement de la rate ; enfin, la menstruation a toujours été dérangée et accompagnée d'orages. Aujourd'hui, la malade a trente-six ans ; les jours qui précèdent les règles se font remarquer par une hilarité insolite, un bien-être extraordinaire ; puis, subitement, survient un air sombre, triste, rêveur ; le pouls s'accélère, le corps s'agite, une chaleur monte du ventre à la tête ; et la malade se sent prise d'un pen-

(1) Esquirol. *Traité des maladies mentales*, t. I, p. 64.
(2) Gendrin. *Traité de médecine*, t. II, p. 19.
(3) Brierre de Boismont. De la folie puerpérale (*Ann. méd.-psych.*, 1881, p. 576).
(4) Taguet. De l'influence de la menstruation sur le système nerveux, *Thèse*, Paris, 1872, p. 33.
(5) Landouzy. *Traité de l'hystérie*, p. 299.
(6) Berthier. *Névroses menstruelles*, p. 152.

©BIUM

chant à la fureur, et d'une envie excessive de se détruire. »

Au moment des règles, les tentatives de suicide sont fréquentes : « Il est fréquent de voir, dit Esquirol, des femmes qui, pendant l'écoulement menstruel, désirent ardemment se détruire, font des tentatives pour cela et n'y pensent plus dès que les menstrues ont cessé de couler. » Brierre de Boismont signale des tendances de suicide à la Salpêtrière, dans des conditions identiques. Gendrin rapporte l'observation d'une jeune fille, dont le père, la mère et l'oncle s'étaient suicidés ; un jour, à l'époque de ses règles, elle se jeta par la fenêtre du quatrième étage.

Dans certains cas, la tendance au suicide est manifestement sous la dépendance d'une suppression d'époques : « Une femme, dit Esquirol (cité par Tâguet), éprouve une suppression de menstrues à la suite de quelques chagrins ; elle a des maux de tête et désire terminer son existence. Après quatre mois, elle déserte sa maison et laisse une lettre sur son secrétaire pour avertir son mari que, lasse de la vie, elle va se noyer. Elle se rend à Saint-Cloud pour exécuter son dessein, ne voulant pas qu'on retrouve son cadavre. Pendant la route, les règles se rétablissent et aussitôt cette femme se sent très bien, rentre chez elle, puis va chez le commissaire du quartier pour lui raconter ce que je viens de rapporter. »

« Une jeune femme, dit Berthier, ayant depuis trois mois une suppression des règles qui lui causait des douleurs de tête continuelles et la jetait dans un état de mélancolie, forma le projet de se détruire en se précipitant dans la Seine. Elle allait s'y jeter lorsque, chemin faisant, ses règles parurent. Aussitôt, l'aliénation disparut. »

A ces quelques observations très démonstratives,

©BIUM

tirées des auteurs, nous pouvons ajouter quelques observations personnelles résumées.

Obs. XV. — S... est une hystérique à crises très rares depuis quelques années. Enfant de l'Assistance publique, ses antécédents héréditaires sont inconnus. Chez elle, la menstruation s'accompagne toujours d'un état mélancolique très prononcé, auquel se sont jointes, depuis peu, des idées de suicide, à la suite du fait suivant. Il y a deux ans, cette malade, qui, par les services journaliers qu'elle rendait, jouissait d'une liberté à peu près complète dans son quartier, conduisit à la cuisine de l'asile une impulsive au suicide qui paraissait alors raisonnable. Cette dernière, prise d'une impulsion subite, s'empara précipitamment d'un couteau, se sectionna le cou, et s'affaissa dans une mare de sang. A la suite de cet accident si imprévu, S..., qui avait encouru une certaine responsabilité dans l'affaire, et qui, surtout, avait été vivement frappée du spectacle de cette femme baignant dans son sang, était, au moment de ses règles, obsédée par le souvenir de la malade égorgée, et manifestait des idées de suicide. Aussitôt la période cataméniale terminée, la propension au suicide disparaissait, pour reparaître à une période suivante.

Obs. XVI. — Femme, trente-six ans, hérédité très chargée. Sa mère a eu un accès de mélancolie guéri sans internement; une tante maternelle a fait un séjour de plusieurs mois dans un hospice d'aliénés. — Cette malade entre à l'asile atteinte d'un accès mélancolique anxieux avec hallucinations intermittentes de l'ouïe et de la vue : elle entend et voit Dieu, la Vierge, les saints; elle s'accuse de fautes puériles, se lamente, pleure, s'excite.

Au moment des règles et même un jour ou deux avant, l'état mental s'exagère, l'anxiété est extrême, les hallucinations plus fréquentes. La malade présente alors un certain degré de confusion mentale, et cherche à se nuire. Les idées de suicide, probablement de nature impulsive, cessent avec la période menstruelle. Pendant une période de huit mois où nous avons pu examiner cette malade, nous avons vu les idées de suicide reparaître à chaque époque menstruelle. A ces moments-là, elle était l'objet d'une surveillance continue. Au dehors, pendant ses règles, elle a fait une tentative de suicide par submersion, et à l'asile, toujours pendant la période cataméniale, deux tentatives par strangulation.

©BIUM

Obs. XVII. — C..., femme L..., vingt ans. La grand'mère maternelle a été internée dans une maison de santé, une tante maternelle aussi a été aliénée. Pas d'épileptiques dans la famille.

La malade a toujours été bien portante; réglée à seize ans, caractère susceptible, colères fréquentes. Première crise épileptique à l'âge de dix-huit ans et demi, on ne note pas d'absences ni de vertiges. La malade a fait un séjour antérieur à l'asile (du 17 mars au 12 mai 1899). Rentre le 20 septembre de la même année. Elle a ses époques, et se trouve dans un état d'excitation très violente, avec impulsions au suicide. Elle cherche à frapper son entourage, brise ou déchire tout ce qui lui tombe sous la main, et cherche à se détruire. La veille de l'apparition des règles, elle a essayé de se noyer, et hier, en pleine période menstruelle, elle s'est précipitée au-devant d'une voiture. Le cocher a pu arrêter ses chevaux à temps.

21 *septembre*. Cette nuit, la malade a eu une crise comitiale; ce matin elle est calme, et répond bien aux interrogations.

Les menstrues ont une durée ordinaire de huit jours.

Durant son premier séjour à l'asile (du 17 mars au 12 mai), elle a fait deux tentatives de suicide : le 5 avril, elle veut se précipiter du haut d'une fenêtre; le 6 avril, elle veut de nouveau se jeter par la fenêtre, puis elle essaye de manger de la paille de fer pour se faire mourir. Ces deux tentatives ont été faites pendant les deux premiers jours de la menstruation; la malade a été en même temps excitée et a eu quelques crises épileptiques.

L'idée de se détruire apparaît toujours subitement et le plus souvent à la suite de contrariétés légères. La malade a conscience de l'acte qu'elle va accomplir, elle se dit en elle-même qu'elle fait mal, elle craint de faire de la peine à son père qu'elle affectionne, elle pense à réagir, mais elle se sent poussée malgré elle à se détruire, et essaie de mettre fin à ses jours. Lorsqu'elle a voulu se jeter dans le Rhône, l'eau lui faisait bien peur; elle allait s'y précipiter quand même, lorsqu'elle fut retenue à temps par des personnes que son air égaré avait attirées autour d'elle.

Chez cette malade, la menstruation est une cause provocatrice très nette, qui ramène les crises épileptiques, et fait en même temps surgir des impulsions au suicide.

Obs. XVIII. — Il y a deux mois, D... (Françoise), âgée de trente-trois ans, célibataire, est tombée accidentellement dans l'eau au moment de ses règles, qui se sont arrêtées subitement. C'est alors que s'est montré un délire lypémaniaque anxieux,

©BIUM

avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, et tentatives de suicide. Deux fois la malade s'est jetée à l'eau, et, de temps à autre, elle refuse les aliments, pour se laisser mourir de faim. Au bout de quelques mois, le retour des règles est marqué par une amélioration considérable de l'état mental. Un mois et demi après, la malade est guérie.

Reprenant les idées de Pline et des auteurs du moyen âge qui regardaient le sang menstruel comme jouissant de propriétés nocives, et expliquaient les troubles psychiques et les idées de suicide par un empoisonnement du sang, quelques auteurs modernes, Chroback, Curatello, Toruli, Knauer, Keiffer et surtout Charrin et ses collaborateurs, tendent à considérer l'ovaire et l'utérus comme des organes de sécrétion et d'épuration, et ne sont pas loin d'attribuer, en partie du moins, les phénomènes morbides qui accompagnent la menstruation à un état toxihémique, état toxihémique produit par la sécrétion ovarique ou par un défaut d'épuration utérine. Pour notre part, nous avons eu souvent l'occasion d'observer des états toxiques menstruels, et nous croyons que, dans certaines circonstances, la menstruation peut, par l'intermédiaire du système nerveux (que l'excitation du système nerveux soit produite par la sécrétion ovarique ou utérine, ou par tout autre mécanisme), produire des troubles fonctionnels des divers organes, des organes digestifs en particulier, et que ces troubles fonctionnels, par les modifications qu'ils peuvent apporter dans les humeurs, sont susceptibles de créer des états toxiques plus ou moins accusés, se traduisant souvent par une élévation de la température, une exagération du délire, et des phénomènes convulsifs. Nous avons vu une aliénée qui, à chaque période menstruelle, présentait, outre une élévation thermique notable, des phénomènes gastro-intestinaux naissant à l'occasion de la menstruation, et disparaissant avec elle.

©BIUM

Depuis que notre attention a été éveillée sur ce point particulier, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs faits analogues (1).

A rapprocher des troubles de la menstruation, toutes les affections des organes génitaux ainsi que la grossesse et la ménopause, qui très souvent provoquent la tendance au suicide.

Guislain (2) rapporte le fait suivant : « Je traite actuellement, dit-il, une jeune fille qui, à la suite d'une chute violente sur le sacrum, eut une procidence de la matrice, et qui était prise d'une tristesse profonde, avec la divagation la plus singulière des idées et penchant au suicide, toutes les fois que, par le fait d'un effort quelconque, le col de l'utérus se montrait à l'orifice du vagin ou franchissait la vulve. L'usage d'un pessaire, fit cesser toutes ces anomalies remarquables. »

Brierre de Boismont (3) avait déjà noté la fréquence des idées de suicide dans la folie puerpérale : « La folie puerpérale, dit-il, présente souvent la propension au suicide ; elle existait dans plusieurs de nos cas. Dans 111 faits de ce genre de délire recueillis à Béthlem et

---

(1) Consulter sur cette question : Depaul et Guéniot, article « Menstruation », in *Dict. encycl. des sciences médicales*, p. 731 ; Charrin, *Les poisons de l'organisme, poisons des tissus*, p. 107; Keiffer, La fonction glandulaire de l'utérus, in *Arch. de physiol.*, 1897, p. 635; H. Elsner, Influence de la menstruation sur la sécrétion gastrique (*Arch. für Verdauungs Krankheiten*, 1899, IV, p. 467 ; Pinzani, *Recherches expérimentales sur quelques modifications apportées par la castration ovarienne dans l'échange matériel*; Sfameni, Influence de la menstruation sur la quantité d'hémoglobine et de corpuscules du sang (*Arch. ital. de biol.*, XXXI, 25, 1899) ; Charrin et Guillemonat, Influence des extraits d'ovaires sur les modifications de la nutrition engendrées par la grossesse (*C. R. Soc. de biol.*, LII, 585, juin 1900 ; A. Gauthier, La fonction menstruelle et le rut des animaux ; rôle de l'arsenic dans l'économie (*C. R. Acad. des sciences*, CXXXI, 361, août 1900).

(2) Guislain. *Phrénopathies*, 1838, p. 282.

(3) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, 1862, p. 698.

©BIUM

publiés par Webster, on a noté 32 fois la tendance au suicide. »

§ VII. — *Influence des délires religieux.* — Nous pensons devoir attirer tout spécialement l'attention sur l'influence des délires religieux. On trouvera dans l'article « Suicide » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Legoyt, Ritti) de nombreux exemples tirés de l'antiquité. — Aux premiers temps du christianisme, les chrétiens confessent hautement leur foi, demandent à marcher au supplice, croyant ainsi gagner le royaume des cieux par le sacrifice volontaire de leur vie. Depuis, durant le moyen âge et jusqu'à la Révolution, on constate de nombreux cas de démonomanie, de lypémanie religieuse. Le délire religieux affecte alors surtout la forme épidémique. Il est mis en œuvre le plus souvent par les perturbations de nature religieuse (Calvin, Luther, guerres de religion) et se propage par imitation. Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de rappeler par le détail ces diverses épidémies ; disons seulement que chez ces délirants, le suicide ou les idées de suicide s'observent avec une extrême fréquence. Calmeil (1) l'avait déjà noté dans sa relation sur l'épidémie de démonolâtrie en Lorraine (1550-1595): « Jeanne de Baune n'a pas eu la force de se tuer, mais elle en a éprouvé cent fois la tentation. On ne peut s'imaginer, dit-elle, combien le diable a poussé loin ses instances pour l'amener à se précipiter, à se noyer, à s'étrangler, à se suicider d'une manière ou d'une autre. Plus elle faisait d'efforts pour combattre le terrible penchant qui la poussait au suicide, plus les importunités de Satan devenaient pressantes..... Anne Drigée confesse que Satan lui a représenté qu'elle allait

(1) Calmeil, t. I, p. 305.

©BIUM

périr d'un supplice cruel, honteux, que sa mémoire serait entachée d'infamie, qu'elle pouvait prévenir tous ces maux en se suicidant ; que l'idée du suicide s'est montrée parfois chez elle, tellement impérieuse qu'il lui est arrivé plusieurs fois de se hisser jusqu'au plafond de son cachot, où il se trouvait une ouverture, et de mesurer du regard la profondeur de l'abîme où elle pouvait se précipiter ; que la crainte de la douleur et peut-être celle de la damnation avaient fini par lui faire abandonner cette idée. Désir Gérard assurait aussi que le diable l'avait beaucoup poussé à se tuer.....

« Le mépris des choses de ce monde, le désir d'être promptement débarrassé du poids de l'existence percent même chez les démonolâtres qui n'ont osé rien tenter jusque-là pour abréger le terme de leurs jours. Les femmes se montrent surtout empressées de hâter de toute la puissance de leurs vœux le moment de la plus terrible exécution. Antonie Marchand affirme que son unique désir est de monter tout de suite sur le bûcher où elle doit être brûlée vive. Apollonie de Freine répétait que la mort se présentait à elle sous des couleurs riantes, que le supplice l'allait enfin délivrer de son abominable vie, que, tant qu'elle respirerait, elle ne saurait s'abstenir de commettre des crimes et des maléfices, que le diable était toujours là pour la pousser au mal, que le trépas seul pourrait la soustraire à la domination de ce redoutable maître, qu'il fallait se hâter d'élever le bûcher qui devait la délivrer de toutes ses misères. Idatie prie le juge, à mains jointes d'accélérer le moment de sa mort ; Jeanne Gallée, Nicole Noré et plusieurs autres accusées demandent avec non moins d'insistance qu'on les tue tout de suite. »

A notre époque, où l'instruction plus répandue dans les masses a fait disparaître dans une large mesure les croyances superstitieuses des siècles passés, et devant

©BIUM

l'indifférence toujours croissante en matière de religion, les épidémies de délire religieux se font exceptionnelles, et restent localisées dans des pays arriérés où le fanatisme peut encore faire des prosélytes. Cependant, de temps à autre et à l'état sporadique, on peut encore voir, à la suite de prédications véhémentes où l'orateur imprudent terrorise ses ouailles en leur dépeignant la noirceur de leurs péchés, et les châtiments terribles qui les attendent, quelques individus, prédisposés d'ailleurs, verser dans le délire religieux et le suicide. Il nous a été donné d'observer trois de ces cas, éclos presque simultanément à la suite d'une mission.

Obs. XIX. — Il s'agit de trois femmes, un peu faibles d'esprit, et d'une religiosité exagérée, qui avaient assisté avec assiduité aux sermons, et qui, fortement impressionnées, tombèrent dans la lypémanie anxieuse, et cherchèrent à se détruire. L'une d'elles resta longtemps dans la stupeur, et dut être alimentée à la sonde. Leur délire était caractérisé par des idées d'indignité, des craintes continuelles de l'enfer, des démons ; elles prétendaient qu'elles ne pourraient jamais faire leur salut, qu'elles étaient de grandes criminelles indignes de vivre, etc. A cet état lypémaniaque s'ajoutait de l'excitation intermittente avec hallucination de la vue et de l'ouïe : elles voyaient le diable, qui leur disait qu'elles seraient damnées et qu'elles ne pouvaient espérer aucune miséricorde...

Parmi les populations des montagnes, où la croyance aux revenants, aux sorciers est encore loin d'être éteinte, les délires religieux sont fréquents. Tel malade croit qu'un sortilège lui a été jeté, qu'il est maudit, voué aux puissances infernales ; un autre se croit en butte aux persécutions des sorciers, des démons.

Aujourd'hui, où la peur de la police, de la physique, du magnétisme, a remplacé la peur des démons et des châtiments éternels, les délirants religieux sont en partie remplacés par des persécutés poursuivis par la police, l'électricité, le téléphone : « Tel individu, dit Esqui-

©BIUM

rol (1), est aux Petites-Maisons parce qu'il craint la police, qui eût été brûlé autrefois parce qu'il aurait eu peur du diable ».

Nous croyons qu'il est nécessaire pour la question du suicide, qui nous occupe tout spécialement, de distinguer les diverses formes que peut affecter le délire religieux :

1° Dans certains cas de mégalomanie, de démence, de paralysie générale, etc., avec conceptions mystiques, la mort n'est le plus souvent que la conséquence accidentelle d'une hallucination. Un malade, dit Esquirol, à qui une voix céleste dit : « Mon fils, viens t'asseoir à côté de moi », saute aussitôt par la fenêtre, et se tue. Nous n'insisterons pas sur ces « suicides accidentels » ; mais nous tenons à signaler leur fréquence relative dans le délire religieux ;

2° Le délire systématisé de nature religieuse n'offre rien de bien spécial : le suicide s'observe quelquefois, mais moins souvent que l'homicide. Il est à remarquer cependant que chez les systématisés religieux le suicide et les auto-mutilations sont bien moins rares que dans le délire de persécution ordinaire ;

3° La lypémanie religieuse est le groupe dans lequel le suicide s'observe avec la plus grande fréquence. Les lypémaniaques religieux se tuent parce qu'ils se croient indignes de vivre ; la crainte continuelle de l'enfer ne leur permet pas de supporter une existence faite uniquement pour le mal ; ils espèrent aussi que leur mort sera, en même temps qu'une délivrance, une expiation de leurs forfaits. Chez presque tous ces lypémaniaques on peut constater la tendance au suicide : « Les anxieux à idée de damnation, dit Cotard (2), sont les malades les plus disposés au suicide. Alors même qu'ils se croient

(1) Esquirol, t. I, p. 542.
(2) Cotard. *Délire de négation*, p. 326.

©BIUM

morts, ou dans l'impossibilité de jamais mourir, ils n'en cherchent pas moins à se détruire : les uns veulent se brûler, le feu étant la seule solution ; les autres veulent être coupés par morceaux, et cherchent par tous les moyens possibles à satisfaire ce besoin maladif de mutilation, de destruction et d'anéantissement total. »

Obs. XX. — D..., femme B..., âgée de cinquante-sept ans, n'a aucun antécédent héréditaire vésanique. D'une constitution et d'une santé parfaites, elle s'est toujours fait remarquer par quelque exagération dans les pratiques dévotes et ses tendances superstitieuses. Il y a cinq mois, elle commença à répéter qu'elle avait fait une mauvaise communion, qu'elle était damnée, etc. Depuis, ses idées délirantes n'ont fait que s'exagérer dans ce sens. Elle passe ses journées dans la tristesse et l'immobilité ; les nuits sont le plus souvent sans sommeil, parfois elle présente des périodes aiguës pendant lesquelles elle se désespère, se lamente et verse d'abondantes larmes ; elle s'imagine qu'elle est destinée aux plus grandes tortures, et qu'à l'asile on va la couper en morceaux. Sous l'influence de ces idées, elle parle de se suicider et a tenté, un jour qu'elle était avec son fils, de se jeter dans la Saône.

Obs. XXI. — B... (Joséphine), âgée de vingt ans. Antécédents héréditaires inconnus. A l'âge de quatre ans, la malade a été très grièvement brûlée ; il en est résulté des difformités des deux mains, qui ont motivé son placement dans un établissement d'incurables. Bonne santé habituelle, mais grande impressionnabilité, et tendance au mysticisme. Ses sentiments religieux, au dire de sa sœur qui l'accompagne, étaient véritablement poussés à l'excès.

Il y a un mois, subitement, étant à la chapelle, elle se met à crier, à demander qu'on l'emmène, qu'on l'attache. Elle s'accuse d'avoir commis des méfaits, d'être cause de tout le mal que les autres font, elle craint d'être damnée. En même temps, elle croit voir et entendre le diable, elle aperçoit des serpents autour d'elle. Elle cherche un jour à mettre le feu à son lit pour se faire brûler, demande qu'on la tue parce qu'elle est indigne de vivre, veut se jeter par la fenêtre. Cet état offre quelques rémissions survenant d'une manière régulière.

Obs. XXII. — Femme de soixante et un ans. Antécédents héréditaires et personnels inconnus. Cette malade s'était

©BIUM

enfermée dans sa chambre, dont elle n'était pas sortie depuis quatre jours lorsqu'on a enfoncé sa porte. On l'a trouvée agenouillée devant un crucifix. A côté d'elle était un papier sur lequel on put lire : « Plutôt mourir dans ma chambre, que d'aller en enfer. » A l'asile, elle est dans un état lypémaniaque anxieux avec crainte de l'enfer et du diable et idées d'indignité. Elle essaie un suicide par strangulation, puis veut se laisser mourir de faim et finit par s'alimenter, sous la menace de la sonde.

4° Chez les dégénérés, les débiles, les idées mystiques s'associent souvent au délire, et constituent quelquefois tout l'état délirant. Là encore, le suicide est fréquent. Tantôt ces malades obéissent à une hallucination, à une obsession, ou sont entraînés par une impulsion ; tantôt ils se suicident dans un accès de mélancolie religieuse, ou par suite de leurs idées délirantes, le plus souvent mégalomaniaques. Ils se croient une émanation directe de la divinité, se disent appelés à réformer les abus, ils font volontairement le sacrifice de leur vie pour racheter le monde, ou, se comparant au Christ, veulent mourir de la même façon que lui. C'est dans cette catégorie que rentrent ces « illuminés » qui, comme Mathieu Lovat, montrent dans le suicide une ténacité pour ainsi dire surhumaine (1).

Obs. XXIII. — Un de nos malades, dégénéré héréditaire, qui a manifesté à plusieurs reprises des idées de suicide, et s'est livré à des mutilations sur lui-même, nous écrivait un jour : « Malgré de très justes observations faites dans les précédentes lettres adressées aux autorités compétentes, par lesquelles j'ai démontré les causes de tant de maux et de tant de troubles dont souffre la France, les maudits démons continuent en liberté d'exercer leurs crimes infernaux, les esprits continuent à être troublés par eux. Cette vie de diablerie et de crimes sans précédents devait arriver comme étant annoncée par l'Evangile prédisant la venue du Fils de l'homme, de faux Christ, de faux

(1) Marc. *Bibliothèque médicale*, septembre 1811.

prophètes. Comme Dieu me l'a dit à plusieurs reprises, il m'a choisi comme Fils de l'homme, c'est-à-dire comme Christ, et c'est par mon martyre que la foi chancelante des peuples civilisés doit reprendre une nouvelle extension et une grande puissance. »

A remarquer aussi, dans le délire religieux, l'association fréquente de l'homicide au suicide. Les mystiques tuent leurs parents, leurs enfants... pour les soustraire à une vie de péchés, et leur procurer les béatitudes célestes, et se suicident en même temps.

Esquirol, Brierre de Boismont, Calmeil en citent des exemples. On en trouve de nombreux cas relatés dans les *Annales médico-psychologiques* et dans les *Archives de neurologie.*

Souvent aussi, l'homicide est un suicide déguisé : les délirants religieux tuent afin d'être à leur tour exécutés, châtiment désiré, mais qu'ils ne se sentent pas le courage de s'infliger à eux-mêmes. Ils considèrent le suicide comme un crime qui leur vaudrait des peines éternelles, et les empêcherait de pouvoir mourir avec les secours de la religion.

Brierre de Boismont (1) cite plusieurs observations de délirants religieux tuant pour être tués. Ainsi Daniel V... tue un enfant. Chez lui, la pensée de jouir du bonheur céleste eut pour résultat de lui inspirer l'ennui de la vie, et le désir de s'en affranchir. Le seul moyen qui s'offrit à lui pour atteindre ce but, fut de mériter la mort par un meurtre ; il s'imaginait qu'après cet acte il aurait le temps de faire sa paix avec Dieu.

Marc (2) raconte qu'une jeune mystique de Dresde avait reçu une impression telle en voyant mourir un

(1) Brierre de Boismont. Des rapports de la folie suicide avec l'homicide (*Ann. méd.-psych.*, 1851).
(2) Marc. *Traité de médecine légale.*

©BIUM

criminel avec les signes de la plus grande piété, et entouré d'un imposant appareil judiciaire, que l'idée lui vint de mériter une aussi belle mort, et elle attira chez elle une de ses amies intimes, qu'elle tua.

Un point sur lequel nous devons insister parce qu'il a de nombreux points de contact avec le suicide, et qu'il est pour ainsi dire particulier au délire religieux, c'est la question des auto-mutilations, et tout spécialement de la castration.

Obs. XXIV. — Un de nos malades prétend que le démon, revêtant la forme d'un énorme serpent, l'a piqué à la tête et aux parties génitales ; il cherche à s'enlever ces dernières, et se fait, de plus, une cruelle blessure au cou.

Obs. XXV. — Un autre lypémaniaque religieux, ayant à se reprocher quelques fautes de jeunesse, veut, en guise de châtiment, et pour éviter le retour de péchés pareils, s'enlever les parties génitales.

On trouve dans les *Archives de neurologie* (1) le fait suivant : « Un cas curieux de mysticisme vient de se produire dans la ville d'Aumale. Un nommé Ch..., tailleur, obsédé depuis longtemps de monomanie religieuse, assistait à la messe, lorsque vers dix heures, il se dirigea vers un confessionnal.

« Effrayée de son air exalté, une sœur, qui se trouvait là, était allée chercher un prêtre. Malheureusement, quand celui-ci arriva, il était trop tard. Ch... était sorti du confessionnal, pâle, défaillant, les mains ensanglantées. Avec l'énergie que peut donner seule l'exaltation religieuse, il avait pratiqué sur lui-même, sans autre instrument que ses ongles, l'opération rendue fameuse par l'infortune d'Abélard. Chose assez surprenante, Ch... n'est pas mort, malgré la gravité de ses

(1) *Archives de neurologie*, 1882, p. 270.

blessures ; il paraît même satisfait de sa résolution, il espère, dit-il, avoir gagné le ciel, en s'affranchissant de ses iniquités. »

Un cas analogue a été relaté par Tiersch (1).

Chez les délirants religieux, le suicide présente donc un caractère variable, et les auto-mutilations sont des actes particulièrement fréquents chez ces malades.

(*A suivre.*)

---

(1) Cas reproduit par la *Gazette hebdomadaire*, numéro du 6 octobre 1882, p. 660.

©BIUM

DU LANGAGE CHEZ LES IDIOTS

Par le Dr L. MAUPATÉ
Médecin directeur de l'asile de Naugeat.

Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique.
Prix Belhomme.

Suite (1).

VII. — Troubles de la parole liés a des troubles d'articulation (Dysarthries).

Arrivés, dans notre étude, au point où l'idiot commence à proférer intentionnellement quelques sons, par imitation (et non plus inconsciemment, par pur réflexe), nous avons étudié son vocabulaire et les tournures de phrases qu'il emploie, et montré que tous deux nous révélaient le degré de développement du langage chez lui. Mais, qu'il y attache ou non une idée, ces sons intentionnellement proférés peuvent aussi être étudiés au point de vue de leur aspect extérieur et absolument indépendant de l'idée, suivant les modifications que leur impose le fonctionnement imparfait de ses organes, et même à ce point de vue, il y a des degrés dans le développement de la parole. Mais ces degrés ne sont pas

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre 1901.

©BIUM

nécessairement corrélatifs du niveau intellectuel ou du développement de la fonction langage ; un individu peut répéter correctement un nombre assez grand de mots sans y attacher d'idées ; et réciproquement, chez les idiots relativement intelligents, la coexistence de vices très prononcés de l'articulation des mots avec un développement moyen du langage verbal est fréquente. Pourtant, cette réserve une fois faite, et dans le domaine même de l'articulation, le parallèle déjà établi entre l'idiot et l'enfant reste juste, les idiots peuvent se trouver arrêtés à toutes les étapes que parcourt l'enfant.

On admet en général que l'enfant commence par prononcer des monosyllabes pour former des mots par répétition deux, trois, quatre et même cinq fois du même son, ou par inversion de la syllabe. Mais cette remarque n'est vraie que pour les sons produits par imitation, car les premiers, résultant de la position que le hasard donne aux organes d'articulation, peuvent être très variables, et les sons les plus difficiles peuvent accidentellement être produits : c'est pourquoi l'enfant qui commence à balbutier ne peut souvent plus reproduire des sons qui sortaient auparavant de sa bouche sans peine, la difficulté étant de coordonner des mouvements délicats dans un but précis.

Nous n'avons pu trouver d'idiots dont le langage restait purement monosyllabique. Par contre, le langage dissyllabique est fréquent, et l'idiot, comme l'enfant, a tendance à ramener à deux syllabes la plupart des mots. Parfois c'est par redoublement d'une seule syllabe (comme *papa*, *joujou*, *bonbon*, *dada*). Le mode de formation de ces mots est complexe : certains sont créés spontanément par l'enfant, qui répète une syllabe qui l'a frappé ; d'autres fois il veut réellement reproduire un mot déjà entendu, mais les difficultés d'articulation lui font remplacer un son par un autre qu'il retrouve dans

©BIUM

le même mot (par exemple *d* par *t* et *o* par *eu*), et c'est ainsi que docteur devient *teuteu;* d'autres fois, enfin, ce sont ses éducateurs qui lui apprennent à dire *dada* pour *cheval* et *caca* pour *mauvais*, et l'enfant ne fait que répéter ces mots qu'il n'a pas inventés, mais que l'expérience a prouvé être plus faciles à reproduire. Chez l'idiot, ces deux derniers modes de formation des dissyllabes semblent moins rares que le premier : l'idiot n'a guère de tendance à créer. Au reste, ces mots à l'aspect enfantin, formés de monosyllabes répétés, ne se rencontrent guère que chez l'idiot commençant à parler, et qui parlera mieux ; en d'autres termes, ce n'est qu'un état transitoire propre à l'enfant, même arriéré, et, contrairement à une opinion répandue, nous doutons que ce défaut persiste chez l'idiot adulte (nous restons dans la persuasion que les deux petites filles qui parlent ainsi actuellement n'emploieront plus ces mots, une fois adultes).

Bien plus fréquente est la tendance à réduire à deux syllabes les mots plus longs, qui n'est qu'une forme de la tendance générale des idiots à simplifier, à supprimer les difficultés d'articulation, soit qu'ils ne les perçoivent pas et ne sentent pas la différence entre le mot correct et celui qu'ils émettent ; soit que, les percevant, ils ne puissent les exprimer. On peut même dire que presque tous les idiots capables de parler réduisent à deux syllabes les mots plus complexes (1) ; ils disent : *cépo*, *m'té po* (mouchoir de poche) ; *papi* (papier) ; *crier* (encrier). Des plus intelligents, il y en a qui disent *mulet* (porte-monnaie) ; *potère* (pomme de terre) ; *Zéphine* (Joséphine) ; *lumette* (allumette).

(1) Le procédé syllabique est donc surtout un procédé de transition chez l'idiot ; le procédé phonétique, au contraire, se retrouve aussi bien chez l'idiot adulte.

©BIUM

Bien plus rare, bien entendu, est l'emploi correct de trissyllabes (autres que ceux formés par la répétition d'un monosyllabe). Désiré Ev... dit bien *chocolat*.

Cette tendance de l'idiot à supprimer les difficultés d'articulation par un procédé phonétique se traduit encore de deux façons : suppression des consonnes à la fin des mots, et redoublement d'une consonne quand il s'en trouve deux accolées au milieu d'un mot. Les consonnes sont, en effet, plus difficiles à prononcer que les voyelles, et leur apparition est postérieure à celle des voyelles (c'est, d'ailleurs, sur les consonnes que portent les vices d'articulation réunis sous le nom de mogilalie) : il est donc naturel que l'idiot les supprime, consciemment ou non, quand il peut. Cette suppression peut se faire au commencement ou au milieu des mots ; mais, en ces endroits, leur présence est plus nécessaire pour la division du mot en syllabes (*ba, be, bi*, etc., sont plus faciles à prononcer que *ab, eb, ib*) ; tandis qu'une consonne terminant un mot complique la formation d'une syllabe, loin de lui être nécessaire : d'où tendance à la supprimer, ce que font presque tous les idiots. Ils disent : *pâ* (paille) ; *vâ* (vache) ; *s'appéman* (s'appelle manche) ; *cou* (cour) ; *mô* (mort) ; *lého* (dehors) ; *até* (assiette) ; *cuji* (cuisine) ; *bié* (bière), etc. Dix-neuf idiots sur vingt sont atteints de ce vice de prononciation, pour presque tous les mots ; il faut noter que ces consonnes sont souvent bien prononcées au milieu des mots.

Quand deux consonnes se rencontrent au milieu d'un mot, la difficulté n'est pas moindre, pour la même raison : la première des deux, ne pouvant s'appuyer sur aucune voyelle, est supprimée, et la seconde consonne est souvent redoublée à sa place (à moins que, plus rarement, ce ne soit l'inverse qui se produise) ; ainsi la plupart des idiots disent *dotteu* (docteur) ; *pâti* (partir) ; *metin adoin* (médecin adjoint) ; *ké* (clef).

©BIUM

A propos des dyslogies et des dysphasies, nous avons étudié chemin faisant des vices de la parole qui pourraient aussi bien être classés parmi les dysarthries : tels, par exemple, le bredouillement à propos des modifications de rapidité du discours, et le balbutiement à l'occasion des premiers sons prononcés intentionnellement. Nous allons étudier ceux qui ne l'ont pas encore été dans ce travail.

Et d'abord, le bégaiement, la loneurose spasmodique de coordination, dysarthrie syllabique (par opposition au balbutiement, dysarthrie littérale dans laquelle chaque son est incorrect). Dans le bégaiement, chaque son, pris isolément, est correct ; mais les voyelles sont mal unies aux consonnes précédentes, surtout aux explosives, et cette union exige de violents efforts ; la syllabe renfermant cette consonne, ou plus rarement la précédente, dit Kussmaul, est plusieurs fois répétée, jusqu'à ce que la barrière soit franchie ou que la phrase puisse se continuer, cet arrêt spasmodique ne survenant pas en tous temps. Contrairement au balbutiement, le bégaiement est augmenté et non diminué par l'attention et les fatigues. Il est fréquent chez les débiles, mais non chez les idiots ; Wildermuth n'en a pas observé de cas, et nous-même n'en pouvons citer qu'un seul, celui d'un microcéphale de quarante-quatre ans, capable de manger et s'habiller seul, mais non de s'occuper. D : « *Qu'as-tu mangé ce matin?* » — R. « *Du — ttt — café, d'la soupe et du — ttt — bouilli.* » — D. « *Et ce soir?* » — R. « *Des — ttt pommes — dddetrre.* » — D. « *Quel jour sommes-nous?* » — R. « *C'est Ddddd — imanche.* » etc. — Du bégaiement on pourrait rapprocher le trouble également spasmodique que nous avons appelé parole explosive, et qui semble dû à la coexistence de plusieurs vices d'articulation.

Si la dysarthrie syllabique est rare, on trouve, par

contre, très souvent (on pourrait dire toujours), chez les idiots tous ces défauts de prononciation qui ont été réunis sous le nom de mogilalie, et qui ont de si grands rapports avec le balbutiement. Malgré la meilleure conformation de l'organe de la parole, dit Kussmaul, un homme ne pourra prononcer des sons isolés ou des classes entières de sons s'il n'y est pas exercé dès sa jeunesse ; personne ne pourrait prononcer les sons de tous les peuples de la terre ; chaque peuple n'a de développés dans sa langue que certains sons, et en a négligé d'autres ; il y a donc des mogilalies nationales et dialectiques : les Hurons n'ont pas de labiales, les Chinois pas d'*r*, etc. La mogilalie, c'est l'impossibilité de prononcer tel ou tel son ; suivant qu'il s'agit d'*r*, *l*, *g* ou *s*, on l'appelle rhotacisme, lambdacisme, gammacisme, ou sigmacisme ; si le son est remplacé par un autre, on a affaire au pararhotacisme, au paralambdacisme, etc. Des exemples, pris au hasard chez nos malades, montreront la grande variété de ces cas et leur excessive fréquence chez les idiots.

Et d'abord le rhotacisme : des malades disent *houx* (roux) ; *hateau* (rateau) ; inversement, un autre, mettant des *r* en trop, dit *carier* (cahier). Nous n'avons pas rencontré les autres formes de pararhotacisme et le remplacement d'*r* par *l* ou *d*, comme font les chanteurs ; non plus que le gammacisme et le lambdacisme. Dix malades avaient du paralambdacisme, et remplaçaient *l* par *i*, *n*, *r*, disant *kié* ou *cré* (clef) ; *ganoche* (galoche) ; *nampe* (lampe) ; inversement, An... Sa... remplace *i* par *l*.

Le paralambdacisme est plus fréquent : deux malades remplacent *g* par *d*, et disent *dateau*, au lieu de gâteau ; mais on voit plus souvent le *g* remplacé par *k*, *t*, *y* ou *l* mouillée (au lieu de *figue*, un idiot dit *fille*, deux *fitte* et six *fique*). Le son *k* peut, à son tour,

©BIUM

être remplacé par *d* : Mar... R... dit *tarreau* (carreau) ; inversement, un autre dit *kokeu* (pour *docteur*).

Mais, de toutes les variétés de mogilalie, le sigmacisme et le parasigmacisme sont de beaucoup les plus fréquentes. Certains prononcent les *s* très sifflants. Le remplacement de l'*s* par le son du *th* anglais (intermédiaire entre *s*, *z*, *v* et *f*) est fort fréquent et constitue le bégaiement, la blésité ; un autre malade remplace *s* par *f* ou le *ch* allemand, ou *t*, ou enfin *k*, et dit *firo* (sirop), *té* (sel), etc. Le remplacement de *ch* par *s* ou *k* n'est pas rare, et beaucoup disent *sapeau* ou *capeau* au lieu de *chapeau*. Enfin, la prononciation allemande du *ch* reparaît parfois (Ad... D... dit *ya* pour *chat*) et un autre prononce *t* au lieu de *ch* (*moutoi* pour mouchoir). C'est également zézayer, que remplacer *j* par *z*, *y* ou *ch*, comme font beaucoup d'idiots qui disent *zour* (jour), *ye* (je), *ache* (age).

Insister davantage serait fastidieux. Disons seulement que l'*l* mouillé est parfois remplacé par *n* ; *z*, par *j*, *y* ou *s*, *f* par *s* ou *v*, et inversement. L'*x* est très difficile à prononcer, et beaucoup lui substituent *y*, *j* ou *ts*, etc.

Nous avons des exemples de toutes ces variétés de mogilalie, et nous pouvons affirmer que la mogilalie existe chez tous les idiots qui parlent ; ses diverses variétés coexistent chez le même malade, et même un seul son est parfois remplacé par quatre ou cinq sons différents. Le langage des idiots peut ainsi devenir incompréhensible, en dehors même de toute faute de grammaire ou de syntaxe. Ce langage incompréhensible par articulation défectueuse porte le nom de hottentotisme. Nous citerons comme exemple celui de Mar... F... « *Ganni, té, gannipanni, la, voui, gannamo ; — tapu tu, voui ; — Ma, voui, sapu, oui, sapu sa nou* » (Grand'-mère, oui, grand'mère à moi, grand'maman. — T'ap-

pelles-tu, oui. — Marthe, oui, s'appelle, oui, s'appelle la sœur à nous).

Nous n'avons pas rencontré l'ânonnement (arrêt ou ralentissement de la phrase en certains points, les *a*, par exemple étant prononcés plus longs, puis, sans interruption complète, la phrase reprend son cours normal). Quant à l'achoppement syllabique que Wildermuth regarde comme fort rare chez les idiots, et a rencontré deux fois seulement chez les imbéciles, nous ne l'avons pas observé chez nos idiots ; mais un imbécile interné depuis sept ans parle absolument comme un paralytique général.

Il faut enfin mentionner la possibilité de troubles d'articulation dus aux lésions purement physiques qui accompagnent souvent l'idiotie : c'est ce qu'on appelle la dyslalie laryngée, nasale, palatine, amygdalienne, linguale, dentale ou labiale, suivant l'organe lésé. La voix de notre aphasique congénital est nasonnée et rappelle celle de la sclérose en plaques ; un autre a une voix de polichinelle ; une troisième est enrouée, parce qu'elle est tuberculeuse. Enfin, si beaucoup d'idiots crient à voix haute, il n'est pas rare d'en voir d'autres (ou souvent les mêmes, dans d'autres conditions), parler à voix basse, comme à eux-mêmes, faisant des remarques sur ce qu'ils voient : Pendant qu'on l'interroge, Eug. L... dit : « *Tiens, des vaches! tiens, de la paille!* » Et D... Ev... dit : « *Tu ris, Monsieur le docteur ; il y a des figues là dans le panier, tu vas en donner tout à l'heure* ».

VIII. — La parole. Troubles d'impression et de compréhension.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés à propos des troubles de la parole (considérée au point de vue expressif), nous permettront de passer

©BIUM

plus rapidement sur les autres modes du langage. Nous retrouverons, en effet, partout la même division en troubles dus au défaut de l'intelligence, troubles dus à des lésions de la fonction du langage, et troubles de conduction.

Après avoir recherché comment l'idiot parle, nous allons voir maintenant comment il comprend la parole des autres.

Un certain nombre ne la comprennent jamais parce qu'ils sont sourds : nous en avons un cas. Il peut sembler étrange de rencontrer ici la surdité avec les troubles de la parole, et cependant elle correspond, dans l'échelle des troubles d'impression, aux vices d'articulation. Nous ne nous y arrêterons pas, après avoir constaté que, si elle est congénitale ou contemporaine de la maladie qui a causé l'idiotie, elle a pour conséquence le mutisme, auquel on ne saurait contester la qualité de trouble de la parole.

Bien plus importants sont les troubles liés à des vices de la fonction du langage, bien qu'ils soient d'habitude regardés comme d'origine intellectuelle.

Quand l'enfant commence-t-il à comprendre la parole? c'est difficile à dire ; dès les premiers jours il est calmé par les paroles prononcées avec douceur, par les chants monotones ; ce ne sont pas les sons mêmes qui agissent sur lui, mais leur rythme, leur intonation ; progressivement il perçoit la différence entre ces sons et essaie plus tard de les reproduire : ce qui est hors de conteste, c'est que la compréhension est sensiblement antérieure aux premiers essais de langage; nous en avons même cité plus haut un exemple. L'idiot ne fait pas exception à la règle : sans doute il commence à comprendre bien plus tardivement que l'enfant sain, parfois à trois ou quatre ans et même plus tard (bien que nous soyons moins documentés à cet égard que pour l'époque à

laquelle il commence à parler); mais enfin il comprend un certain temps avant de parler. Ce temps, d'ailleurs, est variable, et l'on voit des idiots arrêtés à cette période de l'évolution du langage à laquelle on comprend un certain nombre de mots, de phrases même, sans pouvoir les répéter, sans même prononcer plus de quelques mots (nous n'osons dire sans parler, ce serait alors de l'aphasie congénitale).

Nous retrouvons chez l'idiot toutes les phases que parcourt l'intelligence de l'enfant appliquée à la compréhension du langage. Huit idiots sur soixante ne comprennent absolument rien. Quelques autres tournent la tête quand on les appelle à haute voix; mais il semble que ce soit le bruit plutôt que le souvenir du nom qui les fait se retourner. Parmi ceux qui comprennent quelques mots, il y a encore de nombreux degrés, depuis l'idiot qui ne saisit qu'un ou deux mots, jusqu'à celui qui comprend de longues phrases, avec incidentes, et peut même suivre un raisonnement élémentaire.

Quel est le premier mot compris? Bien entendu, c'est très variable; il semble cependant que ce soit le nom propre de l'individu (nom de famille, prénom ou surnom, certains répondant mieux à un sobriquet qu'à leur vrai nom). Al... P... ne comprend que son nom, vient quand on l'appelle. Mais des cas semblables sont rares et nous semblent représenter des états transitoires chez des enfants qui ne sont pas arrivés à leur maximum de développement intellectuel.

Il faut, en effet, noter ici une petite différence avec la parole considérée au point de vue expressif. Il nous semble que l'enfant (ou l'idiot) ne commence pas par comprendre des mots isolés, pour percevoir plus tard leurs rapports sous forme de phrases; qu'il ne commence pas, par exemple, par comprendre des substantifs, puis des verbes, puis des adjectifs, puis des phrases;

©BIUM

mais, d'emblée, saisit le sens de très courtes phrases correspondant à des actes usuels, sans en comprendre les éléments isolés (c'est d'ailleurs ce que constate Preyer chez son fils, et nous sommes heureux de cette coïncidence fortuite). Be... R..., par exemple, qui ne parle pas, comprend : « *Vilaine sale, qu'as-tu fait?* » (et elle pleure) ; ou « *va chercher ton pot* » (et elle fait ses besoins naturels, tandis qu'elle est gâteuse si on omet de le lui dire) ; ou « *va t'asseoir ; va dire bonjour,* » et elle s'assied ou tend la main en essayant d'embrasser. Remarquons-le, ces courtes phrases ont toutes trait à des ordres absolument élémentaires ou à des compliments : quand l'enfant ne sait pas parler, on reconnaît qu'il a compris à ce qu'il exécute les ordres qui lui sont donnés, rit quand on lui fait des compliments ou pleure quand on l'injurie. Il faut cependant prendre garde qu'à cette période l'intonation fait beaucoup, et qu'un de nos petits idiots riait aux éclats si on l'injuriait sur un ton de caresse ou de compliment.

A un degré un peu plus avancé, Em... M..., gâteux, qui ne sait que rire aux éclats et ne manifeste aucun besoin, comprend cependant : *Va t'asseoir* ; — *donne un baiser* ; — *va embrasser Anna, Gabrielle,* etc. ; — *donne les clefs à M. le docteur* : il semble donc reconnaître quelques objets usuels et quelques personnes par leur nom ; mais il se peut que les gestes, le fait qu'on a regardé la personne qu'il doit retrouver, l'aient plus renseigné que le nom de l'objet ou de la personne, sur l'acte à accomplir. Ma... H... (sept ans), qui ne sait guère que balbutier et dire *bonjour, merci, pardon, bonbon, coco, caca, doudou,* montre, quand on le lui demande, ses cheveux, son nez, son œil, son pied, et hésite quand on lui dit : *l'autre* (le fils de Preyer, également, ne comprenait pas *l'autre*) et montre les deux ; elle comprend : *Donne-moi l'orange ; prends-la ; va la*

porter à la sœur ; — méchante, vilaine (elle répond, non) ; *— embrasse Gabrielle ; — va chercher le chapeau ; — va dans le coin* (elle fait un geste de supplication) ; *— ouvre la porte ; — va chercher le bonbon* (elle ouvre une première porte, traverse l'antichambre, ouvre la porte de la pièce où est la surveillante, et crie *bonbon*, en tendant la main) ; elle comprend encore : *où ça, le bonbon?* (elle répond *là*, et montre un tiroir, qu'elle essaie d'ouvrir).

Mar... (quatorze ans et demi) a l'intelligence plus ouverte, et peut raconter (d'une manière inintelligible, il est vrai) l'emploi de sa journée ; elle connaît tous les objets usuels (ustensiles de ménage, aliments, vêtements, etc.), ainsi que les personnes qui l'entourent ; elle a les notions de nombre et de quantité (peu, beaucoup, etc.).

Inutile d'insister : il suffit de savoir que, chez les idiots un peu perfectibles, les mots n'apparaissent pas (comme compréhension) dans l'ordre dans lequel ils seront employés ; certains mêmes qui sont compris (conjonctions, pronoms relatifs, etc.), ne sont pas employés. On voit des idiots capables de comprendre le nom de tous les objets usuels et des personnes qu'ils voient couramment, les verbes indiquant les actes qu'ils accomplissent journellement, quelques adverbes de temps et de lieu, des qualificatifs, etc. ; mais ce qu'on cherchera vainement chez eux, c'est la compréhension des mots désignant des abstractions, c'est surtout l'intelligence d'un raisonnement dont ils saisiraient tous les mots et même les phrases isolément, car si l'individu comprenait un discours même formé de mots usuels, ce ne serait plus un idiot ; par définition même son intelligence lui interdit de percevoir les rapports entre deux idées ou deux faits ; son attention reste insuffisante.

La surdité verbale n'est pas impossible chez l'idiot,

©BIUM

et M. Sollier admet même que tout idiot est dans une certaine mesure un aphasique sensoriel. Plus rare est la véritable surdité verbale, soit acquise, soit congénitale. Wildermuth cite un cas de cette dernière; il s'agit d'un épileptique de neuf ans, ayant de 10 à 12 accès par mois, dont le bagage verbal est fort restreint; il appelle de noms qu'il connaît déjà ou de néologismes les objets ou personnages nouveaux; lui pose-t-on une question dans son dialecte, il se donne une grande peine, inutile d'ailleurs, pour comprendre, demande souvent ce qu'on dit, approuve triomphalement en lançant une expression barbare généralement sans rapport avec la question; ni paralysies, ni troubles de la sensibilité; les accès sont unilatéraux, avec prédominance à droite. Pour nous, nous n'avons pas observé de cas de véritable surdité verbale congénitale.

(*A suivre.*)

LA
PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE
PAR LES BACILLES CONTENUS DANS LES SELLES
PRÉPONDÉRANCE DE CE MODE DE PROPAGATION DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Par le Dr D. ANGLADE

Un mode de propagation de la tuberculose dont l'importance n'a pas été selon nous suffisamment mise en relief, est la contamination par les selles diarrhéiques des tuberculeux. Ce mode de contamination ne devrait être perdu de vue nulle part. Il se place au premier rang dans certains milieux hospitaliers, et notamment dans les asiles d'aliénés.

La tuberculose sévit dans les asiles d'aliénés en général, dans quelques-uns avec plus d'intensité. La Commission de la tuberculose, instituée au ministère de l'Intérieur (1), s'en est préoccupée, et la récente circulaire ministérielle (2) traduit ces préoccupations.

Puisque, aussi bien, M. le ministre de l'Intérieur fait appel aux médecins des asiles pour recueillir des indications sur les ravages du mal et la nature des remèdes qui lui sont opposés, le moment nous semble venu d'exposer les résultats auxquels nous ont conduit de longues recherches sur la tuberculose dans les asiles d'aliénés.

(1) Voir le volume qui réunit les travaux de cette commission. Masson, éd. 1901.

(2) Isolement des aliénés atteints de tuberculose. Circulaire ministérielle, 15 juin 1901. (V. *Annales* de septembre 1901, p. 338.)

©BIUM

Nous laisserons de côté la question des relations qui existent ou se créent entre la maladie tuberculeuse et les affections du système nerveux. Elle a fait l'objet d'un mémoire spécial (1) présenté il y a quelques mois à la Société de médecine de Toulouse, et le sujet de la thèse d'un de nos internes (2). Retenons seulement ce fait que la tuberculose compte parmi les causes biologiques de la dégénérescence d'une race, que dans les antécédents des aliénés la tuberculose se rencontre avec une fréquence frappante, que l'aliénation mentale elle-même, en épuisant un organisme, l'expose à la tuberculose. Si l'on ajoute à ces conditions prédisposantes la densité excessive de la population des asiles d'aliénés, la promiscuité entre les sujets sains et les sujets contaminés, l'absence à peu près constante de mesures prophylactiques rigoureuses, on s'explique que la tuberculose puisse, dans quelques asiles, faire de terribles ravages.

Là, plus qu'ailleurs, il importe donc de se conformer aux prescriptions hygiéniques reconnues indispensables et dont l'exécution doit être rigoureux (3).

Du rapport documenté que MM. Landouzy et Mosny (4) ont présenté au Congrès de Naples sur cette question de la prophylaxie de la tuberculose, nous devons retenir, pour nous en inspirer dans les asiles d'aliénés, la nécessité d'isoler dans des chambres spéciales les malades tuberculeux. Et M. le ministre de

---

(1) D. Anglade. Tuberculose et système nerveux. Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques. *Compte rendu de la Société de médecine* de Toulouse, novembre 1900. (Ce mémoire a obtenu la médaille d'argent de la Société. Séance du 19 mai 1901.)

(2) Garcie. La tuberculose du système nerveux. *Thèse* de Toulouse, 1900.

(3) Congrès contre la tuberculose, du 25 au 28 avril 1900. Naples.

(4) Landouzy et Mosny. La tuberculose, maladie populaire; propagation et prophylaxie. X^e^ Congrès d'hygiène et de démographie, 10-17 août 1900.

l'Intérieur recommande la création de quartiers spéciaux pour les aliénés tuberculeux.

Sans doute ce sont là des mesures prophylactiques rationnelles; mais nous sommes en mesure de dire et de prouver que l'isolement et la surveillance des crachats seront inefficaces dans un asile si ces mesures ne se complètent par la désinfection rigoureuse des selles de malades atteints de tuberculose intestinale.

Ici, il est nécessaire de faire un peu de pathologie générale de la tuberculose et de pathologie spéciale des aliénés.

Les localisations intestinales de la tuberculose sont une « loi », d'après Girode, et il ne se trouverait pas un auteur pour nier l'extrême fréquence de la diarrhée chez les tuberculeux. « Chez les phtisiques, disait Laënnec, le poumon contient rarement seul des tubercules; presque toujours les intestins en présentent en même temps dans leurs parois, où ils déterminent des ulcères qui deviennent la cause de la diarrhée colliquative, compagne de la phtisie pulmonaire (1). »

Rien n'est plus exact, et la tuberculose pulmonaire, presque toujours sinon toujours, se complique d'ulcérations intestinales tuberculeuses. Voilà ce que nous enseigne la pathologie générale ; et la pathologie spéciale des aliénés nous apprend en outre que chez ces malades le tube intestinal est particulièrement susceptible, que les phlegmasies s'y localisent avec une extrême facilité. L'entérite est la maladie incidente qui s'observe le plus fréquemment dans nos services. On décrit même dans tous les traités une entérite chronique spéciale aux aliénés et qui se place toujours en bon rang parmi les causes de mortalité.

---

(1) Laennec, cité par Courtois-Suffit et Mathieu, in *Traité de médecine*, 1re édit., p. 456, t. III.

©BIUM

En fait, l'entérite chronique des aliénés n'est le plus souvent sinon toujours qu'une entérite tuberculeuse. Nous avons systématiquement pratiqué, depuis plus d'un an, l'examen microscopique des ulcérations qui se rencontrent dans l'intestin des aliénés ayant succombé à cette prétendue diarrhée chronique. Dans tous les cas cet examen nous a démontré la nature tuberculeuse de l'ulcération et nous insisterons un peu plus loin sur l'intensité du processus bacillaire à ce niveau. Cette conception d'une diarrhée chronique particulière aux aliénés, ne nous semble pas d'ailleurs reposer sur des assises cliniques bien solides. Relisons les comptes rendus des autopsies d'Esquirol (1) et nous y verrons que les malades qui succombent à la diarrhée chronique, outre des ulcérations intestinales macroscopiquement comparables à celles que produit la tuberculose, ont présenté des lésions tuberculeuses dans les poumons. Dagonet décrit cette diarrhée comme pouvant sévir à la façon d'une épidémie (2) et lui assigne des caractères anatomo-pathologiques qui ne se trouveraient pas déplacés au chapitre de l'entérite tuberculeuse.

En tout cas, et en admettant même qu'il existe une diarrhée chronique des aliénés, il faut se souvenir que Girode a vu l'entérite tuberculeuse se greffer sur la diarrhée chronique ; que Fonssagrives a déclaré les « diarrhées négligées » aussi redoutables que les « rhumes négligés ».

Et s'il est vrai que les diarrhées négligées sont aussi dangereuses que les rhumes négligés, il n'est pas moins exact d'ajouter que les selles des tuberculeux sont pour le moins aussi contagieuses que leurs crachats.

Cette proposition, exacte, croyons-nous, dans son

(1) Esquirol. *Mal. ment.*, 1838, t. I, p. 442 à 465.
(2) Dagonet. *Traité des mal. ment.*, p. 124.

acception la plus générale, se vérifie surtout dans les asiles d'aliénés.

Nous disions tout à l'heure que les ulcérations intestinales rencontrées chez les diarrhéiques chroniques, tuberculeux avérés ou non, se sont toujours montrées avec la caractéristique de la lésion tuberculeuse. Dans toutes nos préparations, le bacille de Koch abonde extraordinairement. Il fourmille dans les ulcérations les plus anciennes comme dans les plus récentes. C'est cette activité bacillaire qui nous a conduit à rechercher le microbe de Koch dans les selles diarrhéiques.

Nous étions peu encouragé à cette recherche par les résultats obtenus. Si Girode, Menche et Lichteins (1) ont réussi à découvrir le bacille tuberculeux dans les selles, il semble que cette découverte ait été un fait « exceptionnel » (2).

« La présence des bacilles de Koch dans les selles des tuberculeux n'est pas toujours facile à mettre en évidence », dit Le Gendre (3). « Elle lèverait tous les doutes, ajoute Courtois-Suffit (4) ; mais la technique de cette recherche est encore peu pratique. »

Toujours est-il que la clinique ne s'est pas emparée de ce moyen de diagnostic.

A tort selon nous, car la recherche du bacille tuberculeux dans les selles est aisée. Elle nous a servi récemment à reconnaître la nature tuberculeuse d'une entérite primitive chez une malade dont les poumons étaient sains.

Pour rechercher le bacille tuberculeux dans les selles, nous étalons une parcelle du liquide diarrhéique sur une lame. Après dessiccation à l'air libre, nous fixons par le

(1) Cités par Courtois-Suffit, *in Traité de méd.*, t. III, p. 465.
(2) Dieulafoy. *Pathol. interne*, 1900, t. III, p. 368.
(3) Bouchard et Roger. *Pathologie générale*, t. IV, p. 692.
(4) *Traité de méd.*, t. III, p. 466.

©BIUM

chloroforme. Coloration par le liquide de Ziehl, décoloration par l'alcool chlorhydrique, bleu de méthylène, etc. Cette recherche ne nous paraît pas, véritablement, entourée des difficultés que les auteurs signalent. Elle nous semble par contre d'un intérêt clinique de premier ordre.

Que résulte-t-il de ces diverses constatations? S'il est vrai que la diarrhée est la règle au cours de l'infection tuberculeuse; si l'entérite chronique des aliénés est souvent, et peut-être toujours, une manifestation de tuberculose intestinale, et si les symptômes intestinaux correspondent à des ulcérations dans lesquelles le bacille travaille avec une activité destructive extraordinaire; si enfin le bacille se répand continuellement à travers les liquides diarrhéiques, il en résulte la nécessité impérieuse de surveiller les selles contaminées et de les considérer comme un puissant agent de contagion (1).

Nous allons même plus loin et nous disons que, dans un asile d'aliénés, la propagation de la tuberculose se fait plus encore par les selles que par les crachats.

Certes, nous ne voulons pas diminuer le rôle des expectorations dans la contagion tuberculeuse; mais peut-être néglige-t-on un peu celui des selles.

On peut admettre en principe que le tube digestif d'un tuberculeux est rarement indemne de toute localisation tuberculeuse, et cela s'expliquerait par cette seule considération qu'une certaine quantité de crachats doit inévitablement être déglutie, et la déglutition des crachats est la règle chez les déments, qui ne savent pas cracher. Et le microscope nous a prouvé que le bacille tuberculeux, une fois installé dans les parois intesti-

(1) Le danger des selles tuberculeuses a été signalé par Solles (de Bordeaux), au congrès de la tuberculose de 1891. *C. R.*, p. 313.

©BIUM

nales, y prolifère avec une activité extraordinaire et se déverse à tout moment dans les selles jusqu'à la mort du sujet.

Et si l'on considère que, dans les asiles d'aliénés, les déments atteints d'entérite sont ordinairement gâteux, que l'énorme quantité de linge qu'ils souillent quotidiennement n'est pas désinfectée, n'est même pas lessivée, on devine quel puissant agent de propagation travaille librement.

Les selles souillent la literie, contaminent le personnel, infectent l'eau du lavage, ensuite les conduits par où cette eau s'écoule, les rivières dans lesquelles elle se jette. Or, nous savons que la résistance du bacille tuberculeux est très grande, qu'il conserve longtemps sa virulence dans l'eau à la température ordinaire (1), qu'il résiste à l'action du suc gastrique (2) et des sucs intestinaux. Disons tout de suite qu'il n'en est pas de même de la chaleur, surtout de la chaleur humide, laquelle atténue ou détruit la virulence de ce bacille.

Pour préciser encore ces dangers, prenons un exemple, celui de l'asile d'Alençon. Dans notre service, l'entérite tuberculeuse n'est pas rare et nous savons, parce que le microscope nous l'a fait voir d'une manière certaine, que les selles contiennent des bacilles de Koch en abondance. Une de nos malades souille ses draps au moins six fois dans une journée. Il y a peu de temps encore, ces draps souillés étaient transportés sans précautions à la buanderie, où ils étaient lavés à grande eau, et cette eau, certainement contaminée, se déversait directement

(1) Galtier. Dangers des matières tuberculeuses qui ont subi le chauffage, la dessiccation, le contact de l'eau, la salaison, la congélation et la putréfaction. *C. R. de l'Académie des sciences*, 1887.

(2) Sabrazès. Action du suc gastrique sur les propriétés morphologiques et sur la virulence du bacille de Koch. *Soc. de Biologie*, 11 juin 1898.

©BIUM

dans la Briante, le cours d'eau qui traverse l'asile en côtoyant la buanderie. A quelques mètres, les vaches laitières appartenant à l'établissement vont s'abreuver tous les jours. La Briante d'ailleurs traverse toute la ville d'Alençon.

Qui oserait contester le danger de cet état de choses? Et il existe certainement dans bien des asiles. Il faut être pénétré du danger des selles diarrhéiques, pour l'éviter. Il faut que le diagnostic de diarrhée chronique des aliénés, derrière lequel s'abrite trop souvent une entérite tuberculeuse, soit tenu pour suspect, et rechercher le bacille. On le retrouvera dans la majorité des cas.

Résumons-nous par des conclusions.

La localisation intestinale de l'infection tuberculeuse est la règle au cours de la phtisie pulmonaire.

Cette localisation peut être primitive, et quand elle est secondaire, prendre le pas sur la localisation pulmonaire.

Il en est ainsi souvent chez les aliénés ; et la diarrhée chronique des aliénés est presque toujours, sinon toujours, le symptôme d'une entérite tuberculeuse.

L'étude bactériologique de cette entérite enseigne qu'elle résulte d'un processus bacillaire très actif dont les agents microbiens se répandent dans le contenu intestinal.

Les selles des tuberculeux sont, partout, un puissant agent de propagation de l'infection tuberculeuse. Dans les asiles d'aliénés, où l'entérite tuberculeuse sévit avec intensité, où les malades, qui ne savent pas cracher, répandent partout leurs matières fécales, la propagation par les selles est la plus redoutable.

De la constatation d'une lésion intestinale bacillaire, de la présence vérifiée du bacille tuberculeux dans les selles, résulte l'obligation de désinfecter celles-ci.

Le bacille tuberculeux ne résiste pas à l'action des antiseptiques, en général. Un séjour de trente secondes dans une solution phéniquée à 50 p. 1.000 (1) suffit à détruire sa virulence, que supprime aussi la chaleur humide.

Isoler les tuberculeux, recueillir leurs crachats et surtout leurs matières fécales, désinfecter tout ce qui a pu être contaminé par les expectorations et surtout par les selles, telles sont selon nous les mesures prophylactiques capables d'atténuer les ravages de la tuberculose dans tous les milieux, plus particulièrement dans les asiles d'aliénés.

---

(1) E. Macé, *Bactériologie*, 4e édit., 1901, p. 518.

©BIUM

Législation

DE LA PROTECTION DE LA FORTUNE DES MALADES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

CE QU'ELLE EST — CE QU'ELLE DOIT ÊTRE

Par le Dr Samuel GARNIER
Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

Mémoire couronné par la Société médico-psychologique (Prix Semelaigne).

Suite (1).

II. — Mandataire spécial ou ad litem. — Nous avons vu que l'administrateur provisoire n'est pas chargé de représenter en justice l'aliéné dont il gère les biens, et le seul cas prévu par l'art. 37 de la loi de 1838, où il devient apte à pouvoir ester en justice au nom de l'aliéné, c'est quand il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments à l'aliéné ou sur leur quotité. Il sera statué alors par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur provisoire. C'est l'avis de M. Demolombe (tome 8, n° 432); mais MM. Aubry

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1901.

et Rau (tome 1, § 127 *bis*, note 17, p. 531) contestent qu'il y ait une exception à la règle d'incapacité de l'administrateur provisoire, à représenter l'aliéné en justice, au moins quand l'administrateur provisoire est légal ; mais celui-ci, dans l'hypothèse envisagée, agirait alors plutôt au nom de la commission exerçant, en vertu de l'art. 1166, les droits de l'aliéné débiteur qu'au nom de cet aliéné (Bertin, Ch. du Conseil, tome 1, n° 754; Sarraute, *Revue critique*, tome 14, p. 628, n° 24). Quoi qu'il en soit, comme il ne peut, sous peine de nullité de toute procédure suivie contre lui, être procédé en justice contre l'aliéné non régulièrement représenté, la mission de représenter en justice contre l'aliéné interné est confiée, s'il y a lieu, par le tribunal, à un mandataire spécial ou *ad litem*, conformément à l'art. 33 de la loi de 1838. Durieu et Roche (n° 145) déclarent que le mot, « en justice », de l'art. 33, s'applique à toutes espèces de tribunaux, depuis le juge de paix et le conseil des prudhommes jusqu'à la Cour de cassation, même aux arbitres, juridictions administratives, Cour des comptes, etc.

La désignation du mandataire *ad litem* est faite par le tribunal à la diligence de l'administrateur provisoire ou du procureur de la République (art. 33 de la loi du 30 juin 1838), et le tribunal compétent est celui du domicile de l'aliéné, s'il est connu ; dans le cas contraire, celui du lieu où il a été arrêté (Cassation 4 mai 1870, 2 arrêts. S. 72. 1. 230 ; P. 72. 547 ; D. 72. 192 ; *Sic* Durieu et Roche v° *Aliénés*, n° 148 ; Aubry et Rau, t. 1, § 127 *bis*, p. 532). Si la nomination du mandataire *ad litem* avait pour objet de permettre d'introduire au nom de l'aliéné une action immobilière, le tribunal de la situation de l'immeuble serait aussi compétent, à défaut de celui du domicile de l'aliéné (Fuzier Hermann, n° 442).

©BIUM

Les créanciers de l'aliéné n'ont aucune qualité pour provoquer la nomination d'un mandataire spécial (Tribunal de la Seine. Chambre du Conseil, 6 juin 1853, 3 juin 1854, Bertin, t. I, n° 749).

Pour ce qui est de la désignation de la personne du mandataire, le tribunal est complètement libre de choisir la personne qui est la plus apte à représenter utilement l'aliéné ; l'art. 33 dispose même qu'il peut porter son choix sur l'administrateur provisoire, mais cela n'a guère lieu que quand il le demande.

Le mandat *ad litem* ne peut être donné généralement pour toutes les actions qui intéressent ou peuvent intéresser le malade, et il doit spécifier et déterminer les cas, les litiges pour lesquels on l'accorde (Durieu et Roche, n° 144). Quand les tribunaux nomment un administrateur aux biens d'un aliéné interné, ils ne peuvent l'investir d'un mandat général pour représenter cet aliéné dans les instances futures où il pourrait se trouver plus tard engagé ; il doit être donné un mandat spécial pour chaque affaire, et seulement lorsque les tribunaux le jugent utile dans l'intérêt de l'aliéné (Caen, 30 décembre 1857 ; Berrurier S. 58. 2. 265 ; P. 58. 665 ; D. 58 2. 147 ; *Sic* Demolombe, t. 8, n° 834 ; Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 532 ; Fuzier, p. 191 ; Rousseau et Lainez, t. I, v° *Aliénés*, n° 38 ; Fusier Hermann, *Code civil annoté sur l'art.* 33 *de la loi de* 1838, n° 3).

Si un mandat général venait ainsi à être donné à une personne, celle-ci n'en serait pas moins sans qualité pour attaquer par voie d'appel ou d'opposition un jugement qui aurait ultérieurement statué sur une demande en interdiction formée contre l'aliéné, et auquel ce mandataire n'aurait pas été appelé (même arrêt).

Dès lors que la désignation, par le tribunal, d'un mandataire spécial à l'effet d'intenter une action judiciaire, est exclusivement relative à la contestation dont le

même tribunal a pu apprécier l'opportunité, le mandataire *ad litem* qui serait chargé seulement d'agir en compte, partage et liquidation d'une succession, n'a par suite aucune qualité pour se porter partie civile dans un procès correctionnel, pour délit de vol de valeurs héréditaires, à moins qu'il ne lui soit donné un nouveau mandat spécial (Cass., 19 mai 1893 ; Benoist, S. et P., 94. 1. 425 ; Amiens 29 juillet 1893 ; Benoist, journal *Le Droit*, 28 janvier 1894. *Contra*, Paris, 17 décembre 1892 ; Benoist S. et P. 94. 1. 425). Et ce vice (l'absence d'un mandat nouveau spécial) ne serait pas couvert par la circonstance que son mandat lui aurait été conféré avant le jugement de l'action correctionnelle, mais après la clôture des débats, sans que ces débats aient été rouverts et que l'adversaire n'ait eu connaissance de la procédure, du jugement conférant le mandat, et ait été mis à même d'y répondre (même arrêt).

En attribuant au tribunal le pouvoir de désigner un mandataire *ad litem*, la loi de 1838 a voulu qu'il ne pût être donné qu'un mandataire spécial, en vue d'une action déterminée sur le mérite de laquelle le tribunal a préalablement le devoir de s'éclairer ; mais elle n'a pas voulu dire qu'un mandat distinct et spécial serait nécessaire devant chacun des degrés de juridiction où pourrait être portée l'action déterminée que viserait le jugement de commission du mandataire spécial. Conséquemment, le mandataire *ad litem* d'un aliéné reste dans les termes et limites du mandat conféré, en relevant appel d'un jugement (Paris, 15 décembre 1894 ; Benoist, S. et P., 95. 2. 37).

La décision du tribunal donnant un mandataire spécial à l'aliéné n'est pas susceptible d'appel (Bertin, t. I, n° 750).

D'après Durieu et Roche (n° 149), rien dans la loi, ni dans la discussion qui l'a accompagnée, n'annonce que

©BIUM

le législateur a entendu faire de l'acceptation du mandat spécial une charge de même nature que la tutelle ou l'administration provisoire ; en conséquence, l'acceptation de ce mandat peut être refusée. En cas d'acceptation, la loi ne l'ayant point défendu, et le Code civil se bornant à énoncer que le mandat est gratuit, s'il n'y a convention contraire (art. 1986), il s'ensuit que selon les circonstances et si l'intérêt de l'aliéné paraissait l'exiger, un salaire pourrait valablement être attaché à l'exercice du mandat conféré (Durieu et Roche, n° 150 ; Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 532 ; Demolombe, t. VIII, n° 835).

Maintenant, le tribunal est-il dans l'obligation stricte de désigner un mandataire spécial, à l'effet de représenter l'aliéné en justice ? Lorsque l'aliéné est déjà engagé dans une contestation, lors de son internement, ou quand postérieurement il est attaqué en justice et qu'il s'agit pour lui de défendre à une action, le tribunal ne peut pas se refuser à la nomination sollicitée. Dans le cas contraire, le tribunal jouit d'une entière liberté pour apprécier si l'action doit être profitable aux intérêts de l'aliéné, et il peut nommer un mandataire *ad litem*, à l'effet d'intenter une action mobilière ou immobilière (Paris, 23 mai 1873 ; Gaudron, S. 73. 2. 248 ; P. 73. 1026 ; V., 74. 5. 24 ; *sic* Durieu et Roche, v° *Al.*, n° 144 ; Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 532).

L'art. 33 ne fait aucune distinction entre les diverses contestations judiciaires dans lesquelles l'aliéné non interdit devra être représenté par un mandataire spécial (Aix, 6 juillet 1865, C... S. 61. 2. 213 ; P. 66. 824), et cet article doit être appliqué en matière de séparation de corps et de divorce. En conséquence, un mandataire spécial serait valablement désigné à l'aliéné, pour suivre une demande en séparation de corps, intentée par lui avant son internement (Cass., 20 mai 1878 ; Pan-

©BIUM

nier S. 781. 307 ; P. 78. 763 ; D. 78. 1. 180 ; Caen, 10 novembre 1875 ; C. 5. 76. 2. 35 ; P. 96. 203). De sorte que la Cour saisie de l'appel d'un jugement statuant une demande en conversion de séparation de corps en divorce entre époux, dont l'un depuis le jugement aurait été interné dans un établissement d'aliénés, doit surseoir au jugement sur l'appel, jusqu'à ce qu'un mandataire spécial ait été nommé à l'aliéné (Bordeaux, 18 juillet 1888 ; Dupuy, S. 89. 2. 64 ; P. 89. 1. 348 ; D. 90. 2. 51 ; V. Fuzier Herm. *Code civil annoté sur l'art.* 33, *loi du* 30 *juin* 1838, art. 4 et 7 ; Rousseau et Lainez, v° *Aliénés*, t. I, n° 40).

Le tribunal peut aussi légalement désigner un simple mandataire spécial pour suivre, au nom d'un aliéné non interdit placé dans un établissement d'aliénés, par un appel antérieurement interjeté par lui, encore bien qu'il s'agisse d'un jugement rendu en matière de séparation de corps, et il n'est pas nécessaire de nommer, en pareil cas, un curateur ou tuteur (Paris, 24 avril 1872 ; Petit-Huguenin, S. 72. 2. 135 ; L. 72. 625 ; D. 72. 2. 172).

Du moment où l'art. 33 de la loi visant toutes les contestations judiciaires dans lesquelles l'aliéné est intéressé, est applicable au cas d'action en liquidation et partage, il s'ensuit que, la nomination d'un mandataire spécial étant obligatoire, lorsqu'il s'agit d'une instance intentée contre l'aliéné non interdit aux termes du même article, et facultative lorsqu'il s'agit d'une instance à engager en son nom (Paris, 23 mai 1873 précité), les tribunaux devront nommer un mandataire spécial si l'aliéné est assigné en partage, et auront la faculté d'octroyer ou de refuser cette nomination, si elle avait pour objet de provoquer le partage par une assignation envers ses cohéritiers. Il y aurait lieu d'appliquer l'art. 33, même dans le cas où il s'agirait d'une action en compte et partage d'une succession ouverte

©BIUM

au profit d'un aliéné depuis son internement, et bien que cette action se complique d'une demande en délivrance de legs (Aix, 6 juillet précité. V. toutefois Duvergier, 1838, p. 519, note 1. Durieu et Roche, v° *Aliénés*, n° 162. Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 532. Demolombe, t. VIII, n^{os} 837 et suivants).

Le même arrêt déclare qu'en pareil cas les héritiers qui veulent intenter l'action en partage ne sont pas tenus de faire nommer préalablement un mandataire spécial ; leur action serait valablement introduite par la signification adressée tant à l'aliéné qu'à son administrateur provisoire, sauf au tribunal, après l'ouverture de l'instance, à nommer, même d'office, un mandataire d'office, chargé de le représenter dans cette instance, ou à surseoir, s'il y a lieu, jusqu'après la nomination d'un tuteur ; et si la nomination du mandataire spécial n'avait pas eu lieu en première instance, elle pourrait, sur la demande de l'administrateur provisoire, être faite en appel. Toutefois, dans le même sens, il a été jugé que l'action en liquidation et partage d'une succession, dirigée contre une personne placée dans un établissement d'aliénés, rentre dans les contestations judiciaires pour lesquelles le tribunal, aux termes de l'art. 33 de la loi de 1838, doit nommer un mandataire spécial chargé de représenter l'aliéné non interdit (Paris, 11 août 1891, Aubry S. et P. 92. 2. 185 ; 26 janvier 1892. Leclerc, S. et P. 92. 2. 182, D. 92. 2. 87).

Par analogie, cette solution doit être adoptée dans l'hypothèse où l'action à soutenir ou à entretenir au nom de l'aliéné se trouverait être une action en liquidation et partage de la communauté entre lui et son conjoint. Il a été jugé, en effet, que le tribunal a qualité pour nommer un mandataire spécial chargé de poursuivre en justice la liquidation de la communauté existante entre une femme aliénée non interdite et son mari

©BIUM

(Paris, 9 août 1892 ; Graux, S. et P. 93.2.47; D. 92.2, 600). Aucune disposition légale n'investit le tribunal du droit de nommer un mandataire spécial à l'aliéné non interdit, à l'effet de renoncer à une succession venant à lui échoir (Paris, 15 mars 1892 ; Subervielle, S. et P. 92.2.185, D. 93.2.229), ou de l'accepter purement et simplement (Bertin, Chambre du Conseil, n° 753).

L'administrateur provisoire d'un aliéné non interdit ne pouvant puiser ni dans ses pouvoirs propres, ni même dans l'autorisation du tribunal, le droit d'accepter bénéficiairement, au nom de l'aliéné, une succession échue à ce dernier, il en résulte que le règlement des successions échues aux aliénés et non acceptées par eux avant leur internement serait suspendu, tant que leur interdiction ne serait pas prononcée. Pour remédier à un tel état de choses, la Cour de Paris a admis que le droit conféré au tribunal, de nommer un mandataire spécial chargé de représenter l'aliéné non interdit, dans une action en liquidation et partage, ou d'intenter cette action en son nom, comprend implicitement, mais nécessairement, celui d'autoriser le mandataire spécial à accepter, mais seulement sous bénéfice d'inventaire, la succession qu'il s'agit de partager (Paris, 11 août 1891, cité plus haut ; 26 janvier, *idem*. Voir Trib. Seine, 4 juin 1853, cité par Bertin ; (Chambre du Conseil, n° 753). Le jugement d'après lequel le droit de représenter l'aliéné dans les opérations auxquelles une succession donne lieu entraînerait le droit de l'accepter (V. Trib. Seine, 1er janvier 1853 et 28 janvier 1854; Bertin, t. I, n° 753 ; Fuzier Hermann, *Rép. gén.*, n° 465).

L'interprétation donnée à l'article 33 de la loi de 1838 paraît contestable à Fuzier Hermann : «En effet, dit-il, si l'on admet qu'il ne peut rentrer dans les pouvoirs de l'administrateur provisoire, spécialement préposé à

©BIUM

la surveillance des intérêts pécuniaires de l'aliéné, d'accepter bénéficiairement, même avec l'autorisation du tribunal, comment le tribunal, par le seul fait de la désignation d'un mandataire spécial, à l'effet de suivre ou d'engager une action en partage, pourrait-il implicitement conférer à ce mandataire un droit qu'il ne saurait lui appartenir de donner à l'administrateur provisoire ? » (*Rép. gén.* n° 466.) Il lui paraît beaucoup plus sûr de déclarer que, tant que l'interdiction n'est pas prononcée, on ne peut poursuivre le règlement d'une succession dans laquelle un aliéné non interdit est intéressé, à moins que l'acceptation de la succession ne soit intervenue avant la séquestration.

La Cour de Paris, appliquant en matière de communauté le principe des successions, a décidé (25 mars 1892, Lerouge S. et P. 92.2.185 ; D. 93.2.225) que le tribunal ne peut nommer un mandataire spécial, qui serait chargé de prendre parti entre l'acceptation et la renonciation de la communauté ayant existé entre l'aliéné non interdit et son conjoint, ni donner à cet effet pouvoir à l'administrateur provisoire ; puis, abandonnant cette jurisprudence, la même Cour a jugé que le pouvoir de poursuivre la liquidation de la communauté, donné au mandataire spécial, implique nécessairement pour ce mandataire le droit d'accepter la communauté au nom de la femme aliénée ; cette acceptation ne pouvant compromettre les droits de celle-ci, puisque la femme acceptante n'est tenue des dettes de la communauté que jusqu'à concurrence de son émolument (Paris, 9 août 1892, précité).

Ce mandataire spécial a le droit de consentir valablement, au nom de la femme incapable, à la restriction de son hypothèque légale demandée contre elle en justice (Trib. Seine, 31 octobre 1894, Lecaille, J. *la Loi*, 5 décembre 1894) ; mais il n'a pas qualité pour inter-

©BIUM

venir dans l'instance en interdiction poursuivie contre l'aliénée (Nancy, 4 juillet 1860; Lorment, S. 63.2.108; P. 63.778; D. 63.5.23), ni pour attaquer, soit par appel, soit par tierce opposition, le jugement qui a prononcé l'interdiction (Caen, 30 décembre 1857; Berrurier, S. 58.2.625; P. 58.665; D. 58.2.147), ni pour transiger sur le litige (Metz, 8 décembre 1868; Derivery, S. 69.2.133; P. 69.2.40; V. Durieu et Roche, *Aliénés*, n° 163; Demolombe, t. VIII, n° 838).

Fin des pouvoirs du mandataire spécial. — Les pouvoirs du mandataire spécial cessent de plein droit (art. 37 de la loi de 1838) quand l'individu placé dans un établissement d'aliénés cesse d'y être retenu; mais s'il ignorait la sortie, les actes de ce mandataire seraient valables. Si l'interdiction de l'aliéné pourvu du mandataire spécial était prononcée, les pouvoirs de son mandataire spécial ne cesseraient toutefois qu'à la nomination du tuteur, et jusqu'à cette nomination le mandataire spécial pourrait agir en justice dans l'intérêt de l'interdit (Rouen, 13 février 1855; Petit, S. 55.2.510; P. 562.238; D. 562.53).

III. — Notaire commis. — A défaut d'administrateur provisoire, dit l'article 36 de la loi de 1838, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations, dans lesquels elles seraient intéressées.

Les attributions du notaire commis sont restreintes aux opérations d'inventaire, de compte, de partage et de liquidation pour lesquelles il est commis et ne peuvent s'étendre au delà; mais, dans le cercle de ces opérations, il réunit les pouvoirs qui appartiennent à l'administration provisoire; il en a même de plus étendus, car il

©BIUM

peut comparaître en justice et, s'il y a lieu, y soutenir les intérêts de l'aliéné. Si le notaire commis peut représenter l'aliéné en justice, ce n'est d'ailleurs que dans les instances qui se produisent au cours des opérations pour lesquelles il a été commis (Durieu et Roche, n° 161). Le notaire commis ne peut compromettre, car il n'a pas la libre disposition des biens de l'aliéné ; mais, selon MM. Durieu et Roche (v° *Aliénés*, n° 163), il peut transiger en accomplissant les formalités exigées par l'art. 467 du Code civil. Il n'a pas davantage le droit d'accepter une succession pour l'aliéné, et par suite, l'art. 38 ne doit être appliqué à sa nomination que si la succession a déjà été acceptée par l'aliéné avant son internement, ou, s'il ne s'agit pas de succession, lorsque l'administrateur provisoire doit rendre des comptes de gestion avant la sortie de l'aliéné de l'établissement. Bien que les mots de l'art. 36, inventaires, comptes, partages et liquidations, indiquent que le législateur avait, dans sa pensée, l'intention de viser les successions, le mot de successions n'a cependant pas été introduit dans le texte ; par conséquent, ce serait excessif d'appliquer l'article à tous les comptes en matière de successions ou en toute autre matière (V. Labbé, note sous Cass... 23 mai 1882, Cambus, S. 831. 97 — P. 831, 241. — D. 82, 1, 367). Au surplus, le conseiller Babinet, intervenant dans un rapport, à propos d'un arrêt qui a décidé que la loi du 30 juin 1838 n'autorise pas l'administrateur provisoire des biens d'un aliéné non interdit à provoquer des délibérations du conseil de famille, pour constituer l'aliéné son débiteur à raison du compte de son administration, pour approuver des cessions à faire de cette créance, pour ajouter à la dette, au profit du cessionnaire, une garantie hypothécaire sur les biens de l'aliéné, et pour nommer des tuteurs *ad hoc*, en vue de l'accomplissement de ces actes (Cass. 23 mai 1882), semble n'avoir

©BIUM

vu à une situation semblable que la solution de l'interdiction. Le pouvoir spécial conféré au notaire, en vertu de l'article 36, prend fin dès que l'aliéné sort de l'établissement où il est interné (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 535).

IV. — Curateur. — La fonction de curateur est instituée d'après l'art. 38 de la loi de 1838, toutes les fois que, sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur de la République, il est demandé au tribunal d'en nommer un. Celui-ci statue en chambre du conseil, par un jugement non susceptible d'appel. Ce curateur, dit curateur à la personne de l'aliéné non interdit, ne peut être choisi (art. 38) parmi les héritiers présomptifs de l'aliéné. Selon Demolombe (t. VIII, n° 847), il faudrait, « à l'incapacité des héritiers présomptifs, ajouter en outre toutes celles qui résultent des articles 442 à 449 du code civil, au titre de la tutelle » ; ces incapacités ayant été introduites dans l'intérêt de l'incapable. Cependant, on n'admet plus généralement que les causes d'incapacité ou d'exclusion d'une curatelle des aliénés, dans les conditions qui nous occupent, doivent être laissées à l'appréciation souveraine des tribunaux (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, note 9, p. 529. Voir Durieu et Roche, *Aliénés*, n° 170 ; Valette sur Proud'hon, t. 4, p. 563).

Il paraît absolument évident que la réunion des fonctions de curateur et d'administrateur, sur la même tête, est contraire au but du législateur, attendu que le curateur doit, dans une certaine mesure, contrôler l'administateur ; j'inclinerais à penser qu'il y aurait aussi des inconvénients à ce qu'un mandataire *ad litem* soit désigné comme curateur, bien que les deux fonctions ne soient pas en principe incompatibles.

©BIUM

Et en effet, les fonctions du curateur consistent à veiller: 1° à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que cet aliéné soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que son état le permettra (art. 38). Mais ne peut-il pas se faire que le mandataire *ad litem* ait intérêt à ce que ces conditions ne soient pas remplies, ou le plus tard possible ?

Les obligations qui incombent au curateur prendraient une réelle importance si les biens de l'aliéné étaient gérés par un administrateur judiciaire, car ici les charges imposées au curateur apparaissent plus visibles ; seulement, la loi disant que le tribunal peut nommer un curateur ne fait pas, à tort, une obligation au tribunal de cette nomination, et, s'il se refusait à cette nomination, l'administrateur judiciaire ne serait pas contrôlé. En fait, la fonction du curateur est purement théorique, comme je l'ai déjà fait remarquer.

Les fonctions du curateur prennent fin, comme les autres charges établies par la loi du 30 juin 1838, par la sortie de l'aliéné de l'établissement où il est retenu (Aubry et Rau, T. I, § 127 bis, p. 534), et la curatelle est une charge publique et gratuite (id. T. I, § 127 bis, p. 529).

Avant d'aborder l'étude des moyens de protection que la loi en préparation institue pour parer aux lacunes nombreuses de la loi de 1838, jetons un rapide coup d'œil sur les législations étrangères en matière d'administration et de protection des biens.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

DOCUMENTS D'OUTRE-MER

Par le Dr A. CULLERRE

La rédaction des *Annales médico-psychologiques* m'ayant prié de rendre compte aux lecteurs de cette publication d'un certain nombre de rapports médicaux et administratifs provenant d'hôpitaux d'aliénés des Etats-Unis pour les années 1899 et 1900, rapports dont on trouvera le liste à la fin de cet article, il m'a semblé qu'au lieu de donner de chacun d'eux une analyse forcément monotone et médiocrement intéressante, il y aurait plus de profit à en extraire le peu de moelle qu'ils contiennent et à grouper dans une vue d'ensemble les renseignements ainsi recueillis. Telle est l'origine des quelques pages qui vont suivre.

Ces documents sont à peu près tous conçus d'après le même plan et se composent de plusieurs parties : d'abord, le rapport du bureau des administrateurs (*managers*, *trustees* ou *directors*) au Gouverneur de l'Etat ou à la Commission d'Etat pour les aliénés, sorte de compte moral très court résumant brièvement les opérations financières de l'année, appelant l'attention sur les améliorations à opérer, et donnant, avec une bienveillance uniforme et par là même un peu banale, une appréciation sommaire des services du personnel. Ensuite vient le rapport du Directeur-Médecin, assez semblable à celui que nous fournissons nous-mêmes chaque année, mais moins développé, surtout pour la partie médicale, qui ne contient que des tableaux statistiques, très nom-

©BIUM

breux à la vérité, mais sans le moindre commentaire et conséquemment parfois peu intelligibles.

Après le rapport du Directeur viennent ceux du Trésorier et de l'Econome avec toutes les annexes qu'ils comportent. Celui de l'Econome est un véritable compte-matières détaillé.

De ces documents, les uns sont annuels, les autres biennaux, c'est-à-dire embrassant le compte rendu de deux années consécutives. Autre particularité découlant sans doute de l'absence de centralisation aux Etats-Unis, la date d'ouverture de l'année administrative et financière n'a rien d'uniforme pour les divers établissements. Elle commence le 1er janvier pour l'hôpital n° 2 du Missouri ; le 1er juillet pour les établissements d'Illinois et de Dakota septentrional ; le 1er octobre pour l'hôpital de Buffalo (New-York), pour Manhattan (New-York), pour celui de la Virginie occidentale ; le 1er novembre pour celui du Maryland, pour Longview State hospital (Ohio) ; le 16 novembre pour Cleveland State hospital (Ohio) ; le 1er décembre enfin pour les hôpitaux de Warren (Pensylvanie), Morganton (Caroline du Nord), Longcliff (Indiana).

Les statistiques contenues dans ces rapports ne sont guère comparables entre elles. Par exemple la proportion des guérisons varie de 9 à 64 pour cent des admissions en passant par des chiffres intermédiaires. A l'hôpital de Morganton, où les guérisons ont atteint ce chiffre énorme de 64 p. 100 en 1900, on n'admet, en raison du manque de place, que les aliénés reconnus curables. A l'hôpital de Longcliff (Indiana), au contraire, qui a eu si peu de guérisons, nous constatons parmi les admissions beaucoup de folies chroniques, d'épilepsies et de démences séniles.

Ce qui est remarquable, c'est le petit nombre ou même l'absence de paralysies générales dans la plupart de ces hôpitaux. Cela tient à ce que tous les établissements dont il s'agit sont peuplés surtout par des aliénés appartenant aux classes rurales. Ainsi, à l'hôpital de Morganton, sur 800 malades, il n'y a que 2 paralytiques. A l'hôpital de Cleveland, sur 365 admissions, il ne se trouve pas une seule paralysie générale, et, sur plus de 10.000 aliénés admis depuis la fondation de l'établisse-

©BIUM

ment, on en a compté 204 seulement. En revanche, à Manhattan, hôpital desservant la ville de New-York, il y a eu, en 1899, 194 paralysies générales sur 1.370 admissions.

Il nous semblerait imprudent de faire état des tableaux consacrés aux causes déterminantes de la folie. La plupart ne sont qu'un relevé banal établi sans méthode. L'alcoolisme, à certains, ne figure que pour un chiffre qui semblerait indiquer que la tempérance s'est réfugiée au Far-West. Nous voyons qu'à l'hôpital de Cleveland (le rapport concernant cet asile est un des plus complets et des mieux rédigés), sur 7.500 psychoses dont la cause a été enregistrée depuis la fondation, il y a 701 cas « d'intempérance », presque tous attribués, comme de juste, au sexe masculin ; et — autre monopole masculin, bien que peu viril — 455 cas de « masturbation ». Presque dans toutes les statistiques nous retrouvons ce facteur (?), quoique en proportion moins fantastique. Est-ce que les aliénistes d'outre-mer ont, au sujet des conséquences pathogéniques de ce vice, une opinion particulière, ou a-t-il pris chez les habitants de l'Ohio une extension vraiment phénoménale? Il en serait donc de la jeunesse des peuples comme de celle des individus ; à moins qu'il ne faille voir, dans les habitudes qui nous sont ainsi révélées, une conséquence de la chasteté farouche des femmes anglo-saxonnes. Nous avouons n'avoir pas la clef de ce mystère.

Un fait curieux que j'ai déjà eu l'occasion de signaler dans de précédents comptes rendus analogues à celui-ci, c'est le nombre important des étrangers de naissance qui figure parmi les admissions d'un certain nombre de ces établissements. Ainsi, dans l'hôpital d'Etat du Dakota septentrional, sur 279 admissions en 1899-1900, 177 étaient d'origine étrangère. La nation qui a fourni le plus fort contingent est la Norvège, avec 70 aliénés ; puis viennent le Canada avec 23 et l'Allemagne avec 15.

A Longview Hospital (Ohio), sur 8.700 aliénés admis depuis la fondation de l'établissement, 3.950 étaient de naissance étrangère : 2.333 Allemands, 1.114 Irlandais, 50 Français, etc.

A l'hôpital de Buffalo (New-York), de 1888 à 1899,

©BIUM

2.165 étrangers ont été admis sur 5.187 aliénés. L'Allemagne en a fourni 754, l'Irlande 655, le Canada 211, l'Angleterre 172.

A Cleveland State hospital (Ohio), on a reçu, en 1898-1899, 140 étrangers sur 315 admissions.

Enfin, à Manhattan (New-York), sur 1.370 entrées en 1899, on compte 885 étrangers contre 484 indigènes seulement. Dans ce nombre énorme d'immigrés, les Allemands et les Irlandais forment le plus gros contingent, comme ailleurs. Ce ne sont pas, décidément, ses têtes les plus solides que le vieux monde expédie dans le nouveau.

La proportion des décès à la population traitée varie du simple au quadruple. Elle est de 3.28 p. 100 à Morganton, qui, comme nous l'avons déjà fait observer, ne reçoit que des aliénés curables, et de 12 p. 100 à l'hôpital n° 2 de l'État de Missouri, qui, lui, par exception, compte parmi ses décès dix paralysies générales et un grand nombre d'affections chroniques. La moyenne de la plupart des établissements est de 6 à 7 p. 100.

Parmi les maladies chroniques les plus fréquemment incriminées à ce même hôpital n° 2 du Missouri, se place la phtisie pulmonaire. Elle compte pour le chiffre énorme de 40 sur 188 décès. Presque tous les directeurs, du reste, à propos de cette maladie, jettent le cri d'alarme. « Je regrette de constater, dit le Directeur de l'hôpital du Maryland, que le nombre de décès par tuberculose pulmonaire a augmenté pendant l'année écoulée. Cette affection est très fréquente dans les asiles d'aliénés et cause à elle seule plus de décès que toute autre maladie, ce qui est souvent dû à l'impossibilité d'isoler les tuberculeux, surtout quand l'établissement est encombré. » Et c'est la plainte unanime : tous ces établissements sont encombrés, quelques-uns à un point extraordinaire. Le Directeur termine en réclamant l'érection d'un pavillon d'isolement pour tuberculeux.

« Le chiffre élevé des morts dues à la tuberculose, dit le Directeur de l'hôpital du Dakota septentrional, rapproché de la contagiosité bien connue de cette maladie, conduit à la nécessité de prendre les moyens d'isoler tous ceux qui seront reconnus tuberculeux au moment de l'admission ou qui le deviennent par la suite, et dans

©BIUM

l'intérêt des autres malades et dans leur propre intérêt en vue des soins qui leur sont nécessaires. »

A l'hôpital de Longcliff, la chose est faite. On y a inauguré récemment « un petit quartier de six lits pour phtisiques avancés non susceptibles de vivre au grand air ». Ce pavillon comprend toutes les annexes nécessaires, office, lavabo, salle de bains ; les murs en sont recouverts de peinture-émail et le sol pavé en carreaux vitrifiés.

En dehors de ces données statistiques nous ne voyons rien, dans ces rapports, qui soit de nature à intéresser beaucoup nos lecteurs. Une chose, cependant, que nous avons déjà eu l'occasion de signaler maintes fois, c'est l'extrême importance qui est attachée par les administrateurs à tout ce qui concerne le confort, la distraction et la liberté des malades. Presque tous ces asiles ont leur théâtre, où des représentations sont données chaque semaine : concerts de musique de chambre ou de musique comique et sentimentale, représentations de pièces de théâtre, drame, comédie, vaudeville, séances de projections, de prestidigitation et de magie blanche ; conférences sur des sujets amusants ou sérieux. N'oublions pas le bal hebdomadaire, extrêmement apprécié de la population féminine, et le bal masqué du carnaval. Certains Directeurs organisent même des excursions plus ou moins lointaines en tramway ou en bateau. A l'hôpital de Cleveland, en 1899, 600 aliénés ont pris part à une partie de ce genre.

Des journaux, des revues et des livres sont envoyés gratuitement, soit par des éditeurs, soit par des particuliers charitables. Certains même de ces derniers mettent à la disposition des Directeurs des sommes d'argent pour procurer des douceurs aux malades, à l'occasion d'une fête, par exemple de celle de Noël. Voilà qui prouve que nos ridicules préjugés en ce qui concerne les maladies de l'esprit n'ont pas cours dans ce pays. Ce n'est pas en France qu'un citoyen vertueux songerait à exercer sa munificence en faveur d'un asile d'aliénés. Et ce n'est pas seulement par de simples cadeaux que les Américains manifestent leur sollicitude pour les pauvres insensés. Nous avons là sous les yeux le compte rendu d'un établissement d'aliénés du Rhode-

©BIUM

Island, *Butler hospital for the Insane*, qui est le résultat de fondations privées et qui ne fonctionne que grâce aux subventions de généreux souscripteurs, subventions dont la quotité varie suivant les besoins de l'établissement et les années.

La pension annuelle des malades dans ces divers hôpitaux, sauf Butler hospital qui est un pensionnat, varie de 140 à 150 dollars. C'est un chiffre qui paraît élevé, mais qu'il est difficile d'apprécier sans une connaissance suffisante des conditions de la vie matérielle aux États-Unis.

La balnéation est assurée dans beaucoup de ces établissements par le bain-douche. A Cleveland, *il n'y a pas de baignoires*. Tous les malades, même les invalides et les alités, sont soumis aux bains-douches. A Warren, on supprime les baignoires : « Il y a, dit le Directeur, pour la transformation de notre service des bains, de nombreuses bonnes raisons parmi lesquelles est l'économie d'installation. Pas de temps perdu à remplir et vider les baignoires à chaque bain ; ce point est important dans un hôpital surpeuplé. Les infirmiers insouciants et paresseux y perdent la possibilité de baigner deux ou trois malades de suite dans la même eau. Le bain-douche, en outre, économise l'eau et le combustible ; il est d'un entretien insignifiant ; il exige peu de place ; il permet de baigner, dans un temps donné, un bien plus grand nombre de malades. Enfin, il supprime le danger des brûlures et du suicide par submersion qui est inhérent au système des baignoires. » Tout cela est très bien; mais que devient le traitement des formes aiguës de la folie si l'on se prive du bain thérapeutique?

Le personnel médical paraît assez bien organisé dans la plupart de ces hôpitaux où, quel que soit le nombre des malades, le principe de la direction médicale est scrupuleusement maintenu. A Buffalo, pour 1.800 malades, il y a 1 directeur-médecin, 6 médecins assistants, dont 1 femme et 3 internes en médecine ; à Warren, pour 1.000 aliénés, 1 directeur-médecin et 3 assistants, dont une femme docteur ; à l'hôpital du Maryland, pour 530 malades, 1 directeur-médecin, 2 médecins adjoints et un chef de laboratoire (*pathologist*), etc. Manhattan

State hospital, malgré ses 6.000 malades, a 1 directeur général qui est médecin, et 46 médecins traitants, soit 1 pour 130 aliénés.

Je trouve peu de renseignements sur le personnel de surveillance, surtout masculin. A Warren, une grève s'est déclarée parmi les gardiens à propos de la surveillance des malades au dehors : trente-cinq sur cinquante quittèrent leur service. Le mal dont nous nous plaignons ne nous est donc pas spécial. Le personnel féminin paraît meilleur, et plusieurs de ces rapports font de grands éloges des *nurses*, pour l'instruction desquelles d'ailleurs la plupart des établissements ont une école dirigée par le personnel médical. « Notre école d'infirmières, dit le directeur-médecin de l'hôpital n° 2 du Missouri, a contribué à élever dans une large mesure la valeur professionnelle de notre personnel. J'ai grandement à me louer du dévouement des *nurses*, dont la bonne volonté, la foi dans le succès, la conscience et l'honnêteté m'ont grandement aidé dans ma tâche. » Et la conviction de l'honorable directeur doit être bien vraie, pour qu'il mette ainsi à l'honneur ses *nurses* qui ont été à la peine. Dans une des nombreuses phototypies qui accompagnent son rapport, en voici une, en effet, qui s'intitule : « Groupe de *nurses* dans leur salle de réunion ». Dans une vaste pièce meublée d'une façon presque élégante, cinq jeunes femmes, dont trois portent le tablier blanc, attribut de leur emploi, forment un demi-cercle incontestablement gracieux. Tandis que trois d'entre elles, assises en des poses familières, pincent de la guitare ou de la mandoline, les deux autres, nonchalamment étendues sur des sièges bas, semblent s'abandonner entièrement aux douceurs d'un complet farniente. C'est le temps de leur récréation ; elles en profitent, rien de mieux. Espérons que, retrempées par ce délassement artistique profondément inconnu de nos Bretonnes, elles n'en reprennent qu'avec plus d'ardeur et d'intelligence la tâche austère à laquelle elles se sont consacrées.

La plupart de ces publications sont illustrées, soit discrètement, soit à profusion, de phototypies donnant des vues des divers aspects extérieurs et intérieurs de l'établissement qu'elles concernent. Dans certains de

©BIUM

ces rapports il y a presque autant de planches que de pages de texte. Le rapport du Dr Woodson pour l'hôpital n° 2 de l'Etat de Missouri, dont nous venons de parler, nous fait connaître, avons-nous dit, un groupe de ses *nurses* au repos; il nous donne jusqu'à la vue de ses dynamos et de ses chaudières à vapeur. Bien plus, ce qui peut passer pour un comble, il nous présente, dans un groupe d'une quinzaine de personnes, les fonctionnaires de l'établissement avec leurs familles, hommes, femmes et enfants. Ou bien une paix digne de l'imaginaire Salente, inconnue des pauvres directeurs-médecins de la vieille Europe, règne dans cet hôpital fortuné qui, pour une fois, mériterait bien mieux le nom d'Asile dans l'heureuse acception du terme; ou bien le Dr Woodson est un diplomate joliment délié, pour avoir réussi à rapprocher, ne fût-ce que pendant la durée d'un instantané, tout ce monde, si habituellement déchiré par des dissensions — *plus quam civilia bella* — dont pourrait tirer un fameux parti un adversaire résolu du féminisme intégral.

A part les conditions architecturales qu'elles nous révèlent et qui ne sauraient flatter un goût français à part le groupement en un bloc unique de la plupart des établissements et l'entassement des étages les uns sur les autres — certaines constructions consacrées à des infirmeries et déclarées satisfaisantes ne comptent pas moins de quatre étages — j'avoue que la vue de ces planches produit une impression plutôt heureuse.

Voici, par exemple, l'entrée de l'hôpital de Cleveland, qui a vraiment grand air avec sa vaste pelouse bornée au fond par de grands et beaux arbres, son bâtiment d'administration à quatre étages, surmonté aux deux ailes de sortes de donjons massifs ornés de mâchicoulis. Pas de murs, pas de grilles; y a-t-il même un concierge? On se le demande avec quelque inquiétude, jusqu'à ce qu'on se souvienne que l'on est, non en France, mais au pays des hardiesses, en Amérique. Voici le théâtre avec ses deux tours trapues, les cottages de convalescence pour l'un et l'autre sexe; une vue d'intérieur du cottage des femmes avec ses meubles d'une certaine élégance, ses tapis, ses fleurs, son lustre de lampes électriques. Sommes-nous bien dans le régime commun? Oui,

©BIUM

sans doute, car voici maintenant « l'intérieur d'un quartier d'hommes » qui ne rappelle en rien les maussades salles de réunion de nos asiles : c'est une longue galerie d'aspect confortable avec, au fond, des tentures, aux murailles des estampes, au plafond de nombreuses lampes électriques. Le sol disparaît sous un large linoléum ; pas de bancs, des sièges de formes variées tous occupés par des gentlemen vêtus à l'ordinaire, exempts par conséquent — du moins, il semble, — du triste uniforme, cette livrée d'hôpital.

Voici encore « l'intérieur d'un quartier de femmes ». Même aspect confortable et intime, même décoration avec une profusion de plantes vertes sur de petits guéridons disséminés dans la salle. Des *nurses*, reconnaissables à leur petit bonnet de linge légèrement posé sur le sommet de la tête, se tiennent discrètement dans l'embrasure des portes.

Enfin, voici différentes vues d'un parc superbe : une clairière où de nombreux malades sont essaimés dans l'attitude du repos ; une immense pelouse où d'autres jouent au *base ball* ; une rivière, un pont, de grands arbres, encore de grands arbres...

Tout cela donne à rêver. Cependant, n'est-ce pas à propos de l'objectif du photographe qu'il convient de se souvenir du vieux proverbe : a beau mentir qui vient de loin ?

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

— Third annual report of the managers of the Manhattan State hospital of New-York for the year ending september 30, 1898 (Troisième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital d'Etat de Manhattan, New-York, pour l'année finissant le 30 septembre 1898).

— Fourth annual report, etc... (Quatrième rapport des mêmes pour l'année 1899).

— Thirteenth biennial report of the board of managers of State hospital for insane n° 2, S.-Joseph, Missouri (Treizième rapport biennal du bureau des administrateurs de l'hôpital d'Etat n° 2 pour aliénés, S.-Joseph, Missouri, année 1900).

— The one hundred and third annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane, near Catonsville, Baltimore county, november 1900 (Cent troisième rap-

©BIUM

port annuel du bureau des administrateurs de l'hôpital d'aliénés de Maryland près Catonsville, comté de Baltimore, novembre 1900).

— Forty-first annual report of the board of Directors and superintendent of Longview hospital, Carthage, Ohio, for the year 1900 (Quarante et unième rapport annuel du bureau des Directeurs et du surintendant de l'hôpital de Longview, Carthage, Ohio, pour l'année 1900).

— Forty-fifth annual report of the board of trustees and officers of the Cleveland state hospital for the fiscal year ending November 15, 1899 (Quarante-cinquième rapport annuel du bureau des administrateurs et fonctionnaires de l'hôpital d'Etat de Cleveland (Ohio) pour l'année fiscale finissant le 15 novembre 1899).

— Sixth biennial report of the trustees of the North Dakota hospital for the insane for the period ending June 30, 1900 (Sixième rapport biennal des administrateurs de l'hôpital d'aliénés de Dakota Nord pour la période finissant le 30 juin 1900).

— Report of the Directors of the West Virginia hospital for the insane, at Weston, for the year 1899-1900 (Rapport des directeurs de l'hôpital d'aliénés de la Virginie occidentale, à Weston, pour les années 1899-1900).

— Seventh biennial report of the trustees of the Northern Indiana hospital for insane, at Longcliff, for the biennial period ending October 31, 1900 (Septième rapport biennal des administrateurs de l'hôpital septentrional d'aliénés d'Indiana, à Longcliff, pour la période biennale finissant le 31 octobre 1900).

— Nineteenth annual report of the state hospital for the insane, at Warren, Pensylvania, for the year ending November 30, 1900 (Dix-neuvième rapport annuel de l'hôpital d'Etat d'aliénés de Warren. Pensylvanie, pour l'année finissant le 30 novembre 1900).

— Twenty-ninth annual report of the Buffalo state hospital to the state commission in lunacy, for the year ending September 30, 1899 (Vingt-neuvième rapport de l'hôpital d'Etat de Buffalo à la commission d'Etat des aliénés pour l'année finissant le 30 septembre 1899).

— Second biennial report of the trustees of the Illinois western hospital for the insane at Watertown, July 1, 1900 (Second rapport biennal des administrateurs de l'hôpital occidental d'aliénés d'Illinois, à Watertown, 1er juillet 1900).

— Report of the state hospital at Morganton (North-Carolina) from December 1, 1898, to november 30, 1900 (Rapport de l'hôpital d'Etat de Morganton (Caroline du Nord) du 1er décembre 1898 au 30 novembre 1900).

— Fortieth annual report of the medical superintendent of the Matteawan state hospital, N.-Y., for the year ending September 30, 1899 (Quarantième rapport annuel du directeur-médecin de l'hopital d'Etat de Matteawan, N. Y., pour l'année finissant le 30 septembre 1899).

— Reports of the trustees and superintendent of the Butler hospital for the insane, Providence (R.-I.); January 23, 1901 (Rapports des administrateurs et du surintendant de l'hôpital d'aliénés Butler, Providence (Rhode-Island); 23 janvier 1901).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1901

Présidence de M. JOFFROY.

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

MM. Doutrebente, Giraud, Thivet et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Ferrari, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de candidature de M. Truelle, médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. — Commission : MM. Magnan, Taule et Dupain, rapporteur ;

3° Le programme du Congrès des Sociétés savantes qui se tiendra à la Sorbonne en 1902 ;

4° Une lettre annonçant qu'un congrès égyptien de Médecine se tiendra au Caire en novembre 1902. La Société est invitée à envoyer une délégation ;

5° Le règlement général du XIV[e] Congrès international de Médecine, qui se réunira à Madrid du 23 au 30 avril 1903.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme*, par M. Colombani ;

2° *Corrélation des lois naturelles*, par M. Alfred Moulin ;

3° *Des causes et de la prophylaxie de la folie*,

par M. Funaïoli. — M. Arnaud veut bien se charger de rendre compte de cet ouvrage ;

4° *Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hypnotique du genre des uréthanes*, par MM. Roubinowitch et Philippet ;

5° Les *Archives orientales de médecine et de chirurgie*, n° 7 de 1901 ;

6° Les nos 2, 3 et 4 de la *Revue de l'Hypnotisme* ;

7° Le n° 2 des *Annales de la Société belge de Neurologie* ;

8° Le n° 7 du *Bulletin de la Société française de tempérance*.

Un cas d'hypocondrie terminé par la mort,

par M. Paul Sollier.

Quand on consulte les traités de pathologie mentale à l'article « Hypocondrie », on constate que la plupart ne parlent même pas de la mort comme une des terminaisons possibles. Je parle, bien entendu, de la névro-psychose hypocondriaque et non des idées hypocondriaques au cours d'affections organiques du cerveau, dans la paralysie générale ou les démences.

Cependant Michéa, dans son Traité de l'hypocondrie, signale cette issue comme la plus fréquente après la guérison, et sur les trente-huit cas d'hypocondrie qu'il rapporte, huit se sont terminés par la mort. Dans la critique très judicieuse qu'il fait des causes de la mort dans ces différents cas, il dit : « Cependant il est probable que les hypocondriaques succombent aussi par l'effet d'un désordre du cerveau, non plus matériel, mais purement dynamique. »

Cette question de la possibilité de la mort par suite de simples troubles dynamiques est assez intéressante, malgré qu'un certain nombre de faits soient déjà venus à l'appui, pour que j'aie cru utile de vous soumettre le cas suivant, qui présente d'ailleurs, au point de vue de la pathogénie de l'hypocondrie, certains détails dignes d'intérêt.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, M. P..., assez

©BIUM

gros, et d'aspect robuste. Il a toujours joui d'une bonne santé physique, et cependant a toujours eu tendance à s'en préoccuper. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. D'un caractère un peu emporté, il est au fond très bon, très aimé de ses ouvriers, et, sous des apparences autoritaires, il n'a pas grande volonté. Il est d'ailleurs très émotif, et sa fausse rudesse n'a pour but que de dissimuler son impressionnabilité. Son père est mort d'hémorragie cérébrale, et sa mère d'une affection chronique du cœur.

En 1884 et en 1895, il a eu deux accès d'hypocondrie. C'était toujours de son cœur qu'il se préoccupait, quoiqu'il n'y ressentît rien de particulier. En 1884, l'accès fut très léger. En 1895 il fut plus fort : il se plaint surtout d'un sentiment de gêne de la poitrine, qu'il attribue à un anévrisme ou à une maladie de cœur. Il est obligé de cesser ses affaires, passe six semaines à Divonne, guérit, et ne reparle même plus de son accès.

En 1898, un grand incendie éclate dans l'usine de produits chimiques dont il est le directeur. Il a une émotion terrible qu'il maîtrise pendant les premiers jours, où il veille à tout. Puis la réaction se produit : dès qu'il aperçoit du feu, il s'émeut ; il en est de même si on vient à l'improviste lui demander ou lui annoncer quoi que ce soit, et son cœur bat violemment.

Sur ces entrefaites sa mère tombe gravement malade et à maintes reprises on vient le chercher d'urgence, parce qu'on craint qu'elle meure. Il vit ainsi dans un état d'émotion continuel. Il croit toujours qu'on vient lui annoncer la mort de sa mère, et son cœur bat d'une façon précipitée pour la moindre chose.

En octobre 1899, il est repris de la peur d'une maladie de cœur, à la suite de la mort de sa mère qui vient d'y succomber. Il a des palpitations continuelles, une arythmie énorme, le cœur tumultueux. Ses médecins le rassurent. Il vient consulter à Paris un spécialiste connu, qui lui donne une ordonnance anodine, et le rassure aussi. Mais il prétend que le médecin consultant a prévenu ses amis de la gravité de son cas, et qu'ils sont convaincus de sa mort prochaine. Son humeur s'assombrit, il ne cesse de tâter son pouls, ne parle que de sa mort, se décourage. Il vient consulter de nouveau à Paris, un neurologiste cette fois, qui lui donne un traitement anodin et suggestif, et au bout de quinze jours, les choses s'aggravant, me l'adresse, le 30 décembre 1899.

Le phénomène qui domine la scène est une arythmie énorme, des irrégularités extrêmes du pouls, qui bat toujours 120 ou 130 à la minute. Aucun signe stéthoscopique d'ailleurs, indiquant une lésion quelconque du cœur. Pas d'artério-sclérose.

©BIUM

En même temps que ce trouble objectif, P... éprouve par moments de l'angoisse et une sensation de constriction au cœur. Aucune douleur à la pression de la région précordiale. Il a peur de mourir, et ne dort plus. Il n'a plus d'appétit, et a maigri. Il interprète tout dans un sens défavorable, n'a plus de goût à rien, ne lit plus, ne joue plus, ne peut plus s'occuper de ses affaires, et fuit la société. Il se laisse assez facilement rassurer, mais cela dure peu. Aucune idée délirante, pas de troubles de la sensibilité périphérique ni sensorielle, pas d'inégalité ou d'autre trouble pupillaire, pas de tremblement de la langue, pas de trouble de la parole, aucun signe en un mot de paralysie générale, ou d'une affection organique du cerveau.

Je le mets pendant quelques jours au repos au lit, puis à la chambre seulement. Avec une dose relativement faible de chloral il retrouve cinq à sept heures de sommeil la nuit. Les angoisses diminuent, puis disparaissent, et il reprend près d'un kilogramme de poids. Le pouls se calme, et tout en restant assez fréquent ne présente plus une arythmie aussi marquée.

Mais vers le 20 janvier 1900 il éprouve d'autres sensations qui l'inquiétent fort. C'est un sentiment de plénitude dans la poitrine, avec des picotements en quelque sorte profonds. L'arythmie existe encore, mais le pouls varie entre 60 et 80.

Il y a surtout des faux pas, plutôt que des battements trop précipités. Mais le moindre effort accélère les battements.

La pression artérielle, qui était de 22 à l'entrée du malade au Sanatorium, n'est plus que de 19 1/2.

Le 28 janvier, sans cause apparente, P... est pris de la peur que je le renvoie parce qu'il est incurable. Il présente deux ou trois fois par jour des palpitations avec bouffée de chaleur à la tête, et sensation de brûlure profonde dans la poitrine.

Le sommeil est moins bon depuis quelques jours, et il a reperdu un kilogramme. En dehors de ces accès de palpitation le pouls est à 60-64. P... joue, cause, lit, oublie son mal.

Il y a quelques jours, il a eu des rêves professionnels, mais ils ne se sont pas reproduits, et il s'est remis à rêver de sa maladie. Il ne parle presque jamais de sa famille, ne demande ni nouvelles ni visites.

Il lui est impossible de se représenter son état quand il était bien portant. En 1895, après son accès, il ne s'est pas aperçu qu'il redevenait normal et était incapable de se représenter son état maladif.

Dans les premiers jours de février son allure change. Il ne parle plus de son cœur, mais il paraît inquiet; le regard est anxieux, et brusquement il me prend à part pour me demander de hâter son supplice : il s'accuse de soi-disant actes contre nature qu'il aurait commis autrefois et pour lesquels je vais le

©BIUM

supplicier ; je vais le plonger dans de la lessive de soude ; je vais le réduire à l'état de squelette vivant. Il reconnaît qu'il s'est complètement trompé sur sa maladie de cœur. De fait, il ne présente plus d'arythmie.

L'anxiété se développe : il dort très mal, interprète tous les bruits comme des préparatifs de son supplice, lit sur tous les visages que l'heure approche, et me supplie de lui épargner de trop grandes souffrances.

Le 20 février il est pris d'hallucinations de l'ouïe : il entend ses enfants dans le parc ; on va les torturer ainsi que leur mère. Il me supplie de les épargner. Le regard est inquiet, hagard par moments ; les traits sont altérés ; quoique s'alimentant encore assez bien, il maigrit à vue d'œil ; les extrémités présentent des troubles vaso-moteurs, de la cyanose avec refroidissement.

Le 23 février les idées d'énormité apparaissent. Il ne va pas pouvoir aller à la selle sur une chaise percée, car les matières qu'il rendra déborderont ; les waters-closets eux-mêmes vont être insuffisants : il va se vider complètement.

Par moments, il ne s'exprime que par gestes, comme si l'angoisse l'étranglait.

Le 24 février il gâte pendant la nuit, et il prétend qu'il va se transformer en excréments.

Mais tout à coup, dans la matinée, il demande au surveillant qu'on le renseigne sur son état, qu'on l'éclaire sur sa situation. Je viens le voir peu après. Il est transformé. Il n'a plus le même regard anxieux, et après m'avoir bien regardé il me dit : « C'est drôle, c'est la première fois que je vous revois comme vous êtes, mon infirmier aussi. Je vous voyais comme des ombres ; quand vous me parliez, je trouvais ce que vous me disiez exact, mais c'était comme si un fantôme me l'avait dit. Les objets aussi me paraissaient des ombres. » Il regarde tout, même le soleil qui l'effrayait, comme des choses nouvelles. Il cause facilement, et paraît se rendre très bien compte qu'il vient d'être malade. « C'est, dit-il, comme si je me réveillais d'une série de cauchemars. Que m'est-il donc arrivé? »

Je le rassure ; il paraît plein d'espoir, me demande si ça ne va pas le reprendre, mange convenablement, ne reparle pas de son cœur.

Il dit que la sensation qu'il éprouve n'est pas celle du réveil normal, quoique s'en rapprochant.

Mais cette lucidité ne dure pas, et le soir même il est repris de la même obnubilation de la conscience.

Le 25 février, il gâte de nouveau, après s'être longtemps retenu d'aller à la selle, de peur de se changer en excréments. Il refuse de manger pour ne pas être obligé d'aller à la garde-

©BIUM

robe. Il dort à peine, et redevient sombre, anxieux, parlant bas et à peine.

Le 26 février, il faut le sonder pour l'alimenter. Les idées de mort ne le quittent pas. Il ne parle, quand il s'y décide, que de ses dernières volontés. Son médecin vient le voir, et a bien de la peine à en tirer quelques paroles.

Les troubles cénesthésiques se développent, et avec eux les idées de négation. Il regarde ses jambes, et demande si elles sont à lui ; elles lui paraissent en bois. Il présente d'ailleurs une anesthésie et surtout une analgésie très marquées presque généralisées. La circulation est très ralentie, et les extrémités sont violacées et froides, malgré tout ce qu'on fait pour les réchauffer et les maintenir chaudes. Il est souvent nécessaire de le sonder pour l'alimenter.

Les traits sont altérés, le teint terreux. L'amaigrissement fait de rapides progrès. Il est presque constamment gâteux, mais a parfaitement conscience qu'il l'est et obéit à une idée délirante. Rien d'anormal dans les urines à aucun moment.

De grandes injections de sérum n'amènent aucune modification. Le pouls est petit, régulier ; la respiration est lente, superficielle. Il paraît toujours absent, et ne reconnaît que vaguement ceux qui lui parlent, et qu'il regarde avec fixité, comme s'il cherchait à préciser ses souvenirs et à comprendre ce qui se passe autour de lui. Il est presque muet, comme les malades dans la stupeur, et commence des phrases sans pouvoir les finir. Le sommeil est presque nul.

Le 13 mars, il est pris brusquement d'une bouffée congestive à la tête. Le cœur bat violemment ; il a quelques secousses dans les membres, et tombe dans une sorte de torpeur.

On lui administre de nouveau du sérum à haute dose, et quelques injections d'éther et de caféine. Il paraît revenir à lui ; mais un nouvel accès le prend l'après-midi, et, subitement il succombe.

Voici donc un homme à tendances hypocondriaques, émotif, qui, sans que rien attire particulièrement son attention du côté du cœur, fait en 1884 et 1895 deux accès d'hypocondrie. Puis deux circonstances viennent, en 1898, localiser son attention sur son cœur : d'une part, des émotions violentes et continuelles qui entretiennent chez lui un état d'émotivité et des palpitations, et d'autre part le fait que sa mère est malade et meurt d'une maladie de cœur.

Dès lors, c'est un cercle vicieux dans lequel il tourne ; les émotions amènent des palpitations, et les palpita-

©BIUM

tions lui font croire à une maladie de cœur, crainte qui le maintient dans un état émotionnel presque constant. Les crises de 1884 et de 1895 étaient déjà survenues à la suite d'émotions. Il est probable que le sentiment d'oppression qu'il avait alors, et qu'il attribuait à un anévrisme, tenait bien déjà à un trouble névropathique du cœur, trouble cénesthésique léger qui éveillait cependant l'idée hypocondriaque. Lorsque de vraies palpitations, une arythmie énorme et constante surviennent, il est donc tout naturel qu'il croie à l'existence d'une affection organique du cœur en présence de ces phénomènes objectifs. Il est intéressant de voir cette arythmie succéder d'une façon permanente aux palpitations provoquées par des émotions continuelles. C'est un état d'émotivité chronique succédant à des états émotionnels transitoires.

Il semble bien que l'hypocondrie soit liée à ces troubles nerveux du cœur. Ce qui paraît confirmer cette idée, c'est que plus tard, lorsque le cœur a repris son rythme normal, il reconnaît qu'il s'est trompé sur sa maladie. Mais en même temps d'autres troubles cénesthésiques sont survenus, qui amènent des modifications de sa personnalité : troubles cénesthésiques de l'intestin qui éveillent en lui les idées d'énormité ; puis troubles des sens spéciaux, obnubilation de la vue, illusions visuelles, hallucinations auditives qui contribuent encore à modifier sa personnalité, à obnubiler sa conscience. Le retour de la lucidité, de la conscience, de la personnalité, sans réapparition des idées hypocondriaques concernant le cœur, qui a repris son rythme normal, vient, malgré son peu de durée, montrer le rapport qui existe entre les troubles cénesthésiques et l'état hypocondriaque de ce malade. Cette lucidité psssagère a permis en outre de savoir du malade lui-même à quelles illusions sensorielles et personnelles il était en proie.

Je dois insister sur ce retour momentané de lucidité. C'est un phénomène fort curieux, et qu'on rencontre dans un certain nombre de cas. Il me semblerait mériter plus d'attention qu'on ne lui en donne, car c'est à peine si on le trouve signalé. Je l'ai vu plusieurs fois, et toujours les malades avaient cette même impression de sortir d'un rêve, d'un cauchemar. Ils analysaient avec une

©BIUM

grande netteté tout ce qui s'était passé en eux auparavant ; et cela peut avoir aussi une grande importance pour comprendre ce qui s'agite dans l'esprit d'autres malades semblables, non sujets à ces accès de lucidité, si je puis ainsi parler. Toujours d'ailleurs je les ai vus durer très peu, une journée tout au plus, et les malades retombent en général plus bas à la suite.

Pour en revenir à notre malade, nous voyons que les choses se sont passées ainsi, et les troubles cénesthésiques musculaires, les troubles anesthésiques et analgésiques de la peau survenir après ceux des viscères et amener des idées de négation.

Quelle a été maintenant la cause de la mort? Il est très fâcheux évidemment que l'autopsie n'ait pu être faite. A quoi étaient dues ces attaques congestives auxquelles il a succombé? S'agit-il d'un phénomène d'asphyxie bulbaire, par suite d'un arrêt des échanges? Il est certain que les troubles vaso-moteurs, la viscosité de la peau, le refroidissement général du corps, la petitesse du pouls, la faiblesse de la respiration, la cyanose presque généralisée, indiquent un ralentissement considérable des échanges organiques. La mort peut donc être survenue par défaut d'oxygénation du sang, accumulation d'acide carbonique. Mais elle peut être due aussi, avec autant de vraisemblance, à mon avis, à une sorte d'épuisement nerveux, à un arrêt de fonctionnement d'origine centrale. Les deux choses, d'ailleurs, ne s'excluent pas, loin de là. Elles sont même corrélatives l'une de l'autre. Toute la question est de savoir quelle est celle qui est primitive. Il me semble que c'est l'inhibition du système nerveux qui doit être incriminée tout d'abord. C'est elle qui est la conséquence de l'émotion ; c'est elle qui rompt l'équilibre de l'innervation cardiaque et produit l'arythmie ; c'est elle qui amène le ralentissement de toutes les fonctions organiques, que traduisent les troubles de la cénesthésie ; et par suite de ce ralentissement des fonctions, de cette diminution des échanges nutritifs, l'épuisement nerveux, l'inhibition des centres nerveux, ne font que croître, jusqu'à ce que, sous cette influence réciproque, l'organisme s'arrête de fonctionner, asphyxié.

Ce ne sont là, bien entendu, que des hypothèses. Mais

©BIUM

il m'a paru utile de vous les soumettre, et de soulever devant vous cette question qui intéresse à la fois le physiologiste, le psychologue et le clinicien.

DISCUSSION

M. Toulouse. — M. Sollier croit que son malade est mort par son hypocondrie, qui aurait déterminé de l'asphyxie bulbaire par inhibition nerveuse. C'est là une hypothèse assez difficile à discuter, parce qu'elle ne repose pas sur des faits concrets. L'explication pathogénique n'est pas de celles qu'il soit possible de prouver d'une manière bien nette. L'hypocondrie est d'ailleurs une maladie assez mal caractérisée, et m'apparaît plutôt comme un symptôme, un syndrome si l'on veut, et non comme une maladie nosologiquement définie.

Il y a, au contraire, une autre hypothèse qui m'est venue à l'esprit en écoutant M. Sollier : c'est celle d'une paralysie générale qui aurait tué le malade par une attaque apoplectiforme, après avoir déterminé la mélancolie hypocondriaque avec idées de négation et délire d'énormité à cachet démentiel, et le gâtisme. L'absence des troubles du langage et des réflexes pupillaires s'expliquerait par ce fait que l'accident cérébral aurait causé une mort prématurée.

M. Sollier. — Le malade n'était ni syphilitique ni alcoolique ; il ne présentait ni phénomène pupillaire, ni tremblement, ni troubles de la parole. De plus, il avait eu des accès antérieurs offrant les mêmes caractères. Rien ne paraît justifier l'hypothèse de paralysie générale.

M. Arnaud. — Je me suis trouvé, au printemps dernier, en présence d'un cas presque semblable et pour lequel il ne semble pas permis de songer à la paralysie générale. Il s'agit d'un malade d'une cinquantaine d'années, non syphilitique, non alcoolique, et ne présentant aucune tare appréciable ; il avait seulement toujours été assez émotif. Mordu un jour par un chien, il éprouve un trouble profond, et cautérise la plaie à l'acide phénique. Plusieurs années se passent. Un jour, comme il se trouvait à table, un chien entre dans la pièce, et aussitôt il se figure qu'il est enragé. D'abord simple obsédé, il finit

©BIUM

par présenter des idées de suicide. On l'amène à la maison de santé de Vanves. Crises d'angoisse, préoccupations vives se rapportant à toutes les fonctions de l'organisme. Une amélioration se produit au bout de quelque temps, et la famille veut voir le malade ; l'état empire très rapidement. Ses parents le reprennent, mais sont bientôt obligés de le ramener. Les préoccupations hypocondriaques dominent, et l'état va en s'aggravant. Refus d'aliments ; tantôt il prétend ne pouvoir avaler, tantôt être incapable de digérer, et l'on est obligé, pour le nourrir, d'avoir recours à la sonde œsophagienne. Un matin, après une nuit agitée, on le trouve immobile dans son lit, violacé du cou aux orteils ; le pouls est petit, un peu rapide ; le front et la tête sont brûlants. Pas de perte de connaissance. La mort survient dans la journée.

Ce cas ne me semble, en aucune façon, pouvoir être rapporté à la paralysie générale.

M. Toulouse. — En l'absence d'autopsie, le diagnostic d'une paralysie générale n'est qu'une hypothèse ; mais cette hypothèse est la plus probable. Celle de M. Sollier est toute gratuite. Car enfin un sujet atteint d'idées hypocondriaques (dont la cause et la nature ne sont pas connues) meurt dans une attaque congestive. Meurt-il par suite de son hypochondrie ? On n'est pas plus autorisé à le dire que s'il était mort d'un autre accident morbide, dont la relation de causalité avec l'hypochondrie ne serait pas plus établie.

M. Sollier. — J'aimerais mieux, en effet, donner comme cause à la mort de ce malade une affection organique du système nerveux ; mais il m'est vraiment impossible de dire qu'il s'agit ici d'une paralysie générale, puisque le sujet n'a présenté aucun des symptômes de cette maladie.

Le dermographisme chez les aliénés,

par MM. J. Séglas, médecin de Bicêtre,
et Darcanne, interne provisoire.

Au cours de recherches cliniques que nous poursuivons depuis plusieurs mois sur certains malades de

©BIUM

notre service de Bicêtre, nous avions noté souvent l'existence de symptômes de dermographisme. Cette constatation nous a amenés incidemment à étudier la fréquence relative du dermographisme dans les différentes formes mentales que nous avions en observation.

Le tableau ci-joint groupe sous une forme synthétique le résultat de nos recherches sur ce point spécial de séméiologie clinique. Aussi nous bornerons-nous simplement à quelques commentaires, aussi brefs que possible.

Nos examens ont porté sur 204 malades hommes. Bien qu'assez élevé déjà, ce chiffre ne représente pas toutes les variétés des types nosographiques décrits en psychiatrie. C'est là une lacune que nous sommes les premiers à regretter; mais nous avons dû forcément nous limiter aux ressources que nous avions à notre disposition.

Comme on peut le voir, nous nous sommes inspirés, dans notre groupement, de la classification récente de Kraepelin, qui nous paraît être celle qui correspond le mieux aux données de l'observation clinique. Toutefois, quelques-unes de nos catégories diffèrent un peu de la classification de Kraepelin. Sous le titre de démence vésanique nous avons classé des malades dont le diagnostic actuel était seul possible, dénotant un état de démence complète. Nous l'avons qualifiée vésanique par exclusion et sans qu'il nous fût possible de déterminer rétrospectivement le type primitif de vésanies auxquelles la rattacher.

Pour la démence précoce, nous avons adopté les trois subdivisions de Kraepelin, hébéphrénique, catatonique, paranoïde. — Mais à côté, notre tableau mentionne des cas de délires paranoïdes et de paranoia hallucinatoire qui ne figurent pas dans la classification de Kraepelin. En voici la raison.

Dans la catégorie des démences paranoïdes, nous n'avons fait rentrer que les cas les plus nets, de caractères nettement démentiels, dont l'un de nous a publié autre part (1) un exemple. Ce sont ceux qui correspon-

(1) J. Séglas. La démence paranoïde (*Ann. méd. psych.*, sept.-oct. 1900).

DIAGNOSTIC	NOMBRE des malades.	DERMOGRAPHISME				POURCENTAGE des cas positifs.
		Nul.	Dermographisme simple (forme plate ou fruste).	Dermo-stéréo-graphisme. Léger.	Dermo-stéréo-graphisme. Net.	Dermo-stéréo-graphisme. Très accentué.	
Délires toxiques. { Alcoolisme	2	1	1	»	»	»	50.00 p. 100.
Délires toxiques. { Morphino-cocaïnisme	1	1	»	»	»	»	0 —
Délires toxiques. { Diabète	1	1	»	»	»	»	0 —
Amentia	1	1	»	»	»	»	0 —
Mélancolie sénile	3	1	2	»	»	»	33.33 —
Démence { Sénile	6	2	4	»	»	»	66.66 —
Démence { Organique	1	1	»	»	»	»	0 —
Démence { Vésanique (indéterm.)	12	8	3	1	»	»	30.30 —
Paralysie générale	26	14	6	3	3	»	46.15 —
Démence précoce { Forme hébéphrénique	12	6	4	»	2	»	50.00 —
Démence précoce { — catatonique	6	»	»	»	»	6	100.00 —
Démence précoce { — paranoïde	10	7	1	2	»	»	30.00 —
Délires paranoïdes	6	3	3	»	»	»	50.00 —
Paranoia { Hallucinatoire	6	4	1	»	»	1	33.33 —
Paranoia { Simple	5	5	»	»	»	»	0 —
Folie intermittente (type maniaque)	1	1	»	»	»	»	0 —
Hystérie	1	»	«	1	»	»	100.00 —
Epilepsie	27	17	8	2	»	»	36.03 —
Idiotie et imbécillité	77	53	14	4	5	1	31.16 —
	204	126	47	13	10	8	38.22 p. 100.

dent au premier groupe des démences paranoïdes de Kraepelin.

Ce sont les cas, beaucoup moins nets et plus discutables, réunis par cet auteur dans un second groupe, qui figurent dans notre tableau sous les titres de délires paranoïdes et de paranoia hallucinatoire.

Nos délires paranoïdes comprennent des cas de délires primitifs, de caractère égocentrique (persécution, grandeur), à systématisation imparfaite bien que réelle, à caractères démentiels relativement peu accusés malgré la durée assez longue de la maladie et développés sur un fonds évident de débilité mentale native.

Nos cas de paranoia hallucinatoire correspondent à ceux que l'on désigne habituellement sous ce titre (le plus particulièrement à la forme dite paranoia tardive), dans lesquels le délire, nettement systématisé, a évolué pendant de longues années, et reste encore très actif sans que la malade présente des signes probants de caractère démentiel.

Chez tous ces malades la recherche de la dermographie a toujours été faite dans des conditions aussi semblables que possible, dans la même pièce, à une température sensiblement égale, chez des malades au repos, avec la même pointe mousse, sur la même partie du corps, dans le dos, entre l'épine de l'omoplate et les reins, des deux côtés à la fois.

Au point de vue des caractères du dermographisme, nous avons cru utile de distinguer plusieurs catégories, suivant en cela les indications posées par le professeur Morselli (1) : « Il est opportun, dit-il, de regarder les particularités de ces lignes dermographiques ; les rouges indiquent des parésies vasculaires, et parfois on voit s'y associer, au milieu de leur tracé, un certain relief de la peau ; les blanches indiquent des spasmes vasculaires et souvent sont côtoyées de chaque côté par une ligne rouge produite par l'accumulation du sang au devant des capillaires contractés ».

Aussi avons-nous distingué les cas de dermographisme

(1) Morselli. *Manuale di semejotica delle maladie mentali*, V. I., 2e édit. p. 244.

simple ne comportant que le simple tracé vaso-moteur, net, bien limité, d'un rose intense, mais sans saillie pour le doigt ni pour l'œil (forme plate ou fruste de Barthélemy), et les cas de dermo-stéréo-graphisme, dans lesquels les lignes dermographiques s'accompagnent d'un relief plus ou moins saillant.

Les cas de dermo-stéréo-graphisme ont été répartis en trois catégories (légers, nets, très-accentués) d'après le caractère plus ou moins prononcé du relief et de la ligne blanche centrale.

Dans les cas légers, le relief est peu prononcé, à peine appréciable à la vue, plus sensible au toucher, souvent interrompu et ne se manifestant que par places sur la longueur du tracé. Il reste de couleur rouge, sans ligne blanche centrale bien marquée.

Dans les cas nets, le relief est nettement apparent, continu, et porte au milieu une ligne blanche, fine, étroite, mais cependant visible.

Dans les cas très accentués, le relief devient considérable comme saillie et comme largeur, avec une ligne blanche très indiquée, tranchant nettement sur les deux lignes rouges qui la côtoient, si bien que l'aspect du tracé dermographique rappelle celui des lettres d'enseigne. Dans ces derniers cas, la persistance du phénomène est aussi beaucoup plus longue. Chez un de nos malades (dément catatonique), il subsistait encore au bout de vingt-quatre heures.

Si nous signalons ces différences, ce n'est pas que nous nous proposions d'étudier le phénomène en lui-même. Telle n'est pas notre intention ; nous n'avons envisagé, au contraire, dans nos recherches, que la valeur séméiologique de la dermographie chez les aliénés.

Quelles indications peut nous fournir, à cet égard, le tableau reproduit plus haut ?

La première, c'est la fréquence du dermographisme chez les aliénés, alors que son existence chez eux est sinon tout à fait méconnue (1), du moins peu connue. Etudié surtout dans ses rapports avec l'urticaire vraie

(1) W. Gull. On factitious urticaria (*Guy's Hosp. Rep.*, 1859); Zunker. Ueber zwei Fälle von vasomotorischen Neurosen (*Berlin. kl. Woch.*, 1875).

dans l'hystérie (1), les affections nerveuses, il n'avait longtemps attiré l'attention des aliénistes que dans quelques cas isolés (2). MM. Féré et Lamy avaient déjà signalé sa fréquence chez les épileptiques (3). Mais c'est seulement en 1898 que MM. Féré et Lance (4) fournissent une statistique comparative de différentes catégories de faibles d'esprit ou d'aliénés examinés à ce point de vue particulier.

Sur 229 malades, le dermographisme fut observé 48 fois à des degrés divers, soit 20,96 p. 100.

Notre statistique actuelle, loin de contredire cette conclusion, nous fournit en bloc un chiffre plus élevé, presque du double, puisque sur 204 malades nous avons eu 78 cas positifs, soit 38,23 p. 100. Cependant, si l'on veut comparer plus exactement les deux statistiques, il convient de remarquer que MM. Féré et Lance semblent avoir laissé de côté les cas de dermographisme simple (forme plate ou fruste) pour ne signaler que ceux s'accompagnant d'un relief plus ou moins saillant. Ces cas de dermo-stéréo-graphisme ne figurant dans notre statistique personnelle qu'au nombre de 21, nous n'aurions plus qu'une proportion de 15,19 p. 100, un peu inférieure à celle des auteurs précédents.

Notre tableau statistique nous montre que le dermographisme peut se rencontrer dans la plupart des formes de l'aliénation mentale, mais ne nous permet pas de conclusions précises sur la fréquence relative dans les diverses formes. En effet, le chiffre de certaines catégories est trop peu élevé pour nous permettre d'établir un rapport quelque peu certain.

---

(1) Dujardin-Beaumetz. Note sur les troubles vaso-moteurs de la peau observés chez une hystérique (*Union médicale*, déc. 1879); Bourneville et Regnard. *Iconogr. de la Salpêtrière* (1879-1881); Axenfeld. *Traité des névroses*, 1883; Barthélemy. Étude sur le dermographisme (*Progrès méd.*, 1893); Raichline. Le dermographisme dans le tabes dorsalis (*Soc. de biologie*, 1897).

(2) Chambard. Dermatoneurose stéréo-graphique chez un imbécile alcoolique (*Arch. de neur.*, 1889); Lwolf. *Ann. méd.-psych.*, nov. 1888.

(3) Féré et Lamy. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1888.

(4) Féré et Lance. La dermographie chez les aliénés (*Journ. de neurologie*, 1898).

D'un autre côté, nous ne pouvons trouver, dans la statistique de MM. Féré et Lance, d'éléments capables de combler cette lacune, en raison du caractère très compréhensif de la classification adoptée par ces auteurs.

Aussi nous semble-t-il plus exact de ne considérer que certaines catégories particulières de malades, dont le chiffre, déjà élevé, offre une certaine garantie. Ce sont : *l'idiotie et l'imbécillité*, *l'épilepsie*, *la paralysie générale*, *la démence précoce*.

Chez les *idiots et imbéciles*, MM. Féré et Lance avaient noté 29,16 p. 100 de cas positifs. Notre statistique personnelle nous fournit 31,16 p. 100, soit 17,18 p. 100 pour la forme fruste ou plate, et 12,98 p. 100 pour la forme complète avec relief.

Les cas de dermographie chez les *paralytiques généraux* atteignent la proportion de 39,28 p. 100 d'après MM. Féré et Lance. Cette proportion dans notre tableau est de 46,15 p. 100, se décomposant en 23,07 p. 100 pour la forme en relief et 23,08 p. 100 pour la forme plate.

Chez les épileptiques, MM. Féré et Lamy relèvent 35,38 p. 100 de cas positifs. Nos épileptiques dermographiques figurent pour 37,03 p. 100, soit 29,59 pour les formes plates et 7,44 p. 100 pour les formes en relief.

Si l'on se rappelle que MM. Féré, Lamy et Lance semblent n'avoir eu en vue que les formes *stéréo* graphiques, nos chiffres seraient un peu inférieurs aux leurs.

Mais, quoi qu'il en soit, nos statistiques communes sont d'accord pour montrer que chez les idiots et imbéciles, chez les épileptiques, les paralytiques généraux, le dermographisme, loin d'être un phénomème exceptionnel, se montre, au contraire, avec une assez grande fréquence.

Il est encore une autre catégorie de malades chez lesquels nos recherches personnelles nous le montrent aussi, sinon plus fréquent encore. Ce sont les *déments précoces*.

En effet, nos 28 cas de démence précoce, envisagés en totalité à cet égard, nous fournissent une proportion de 53,57 p. 100 de cas positifs.

Cette proportion augmente encore si, laissant de côté la forme paranoïde, on n'envisage plus ensemble que les formes hébéphrénique et catatonique dont les points de contact sont si nombreux. Nous atteignons alors 66,66 p. 100 de cas positifs.

Enfin, si nous considérons à part la *variété catatonique* de démence précoce, nous voyons que dans nos six cas le dermographisme a été observé six fois, soit une proportion de 100 p. 100 (1).

Cette constatation est déja très frappante en elle-même, en raison de sa constance. Elle se trouve appuyée encore par la proportion des cas de dermographisme dans la forme si voisine de démence hébéphrénique, où elle atteint 50 p. 100.

Il est à noter enfin que c'est là, dans la démence catatonique, que nous avons vu le phénomème atteindre toujours et de beaucoup le développement le plus parfait comme accentuation, comme généralisation et comme durée. A cet égard, nos six malades constituaient des types presque exceptionnels. Chez les autres malades ce n'est que deux fois, chez un idiot et un paranoiaque halluciné, que nous avons vu le dermographisme présenter un tel degré d'intensité.

Cette fréquence, cette intensité du dermographisme dans la démence catatonique n'ont rien qui puisse trop nous surprendre si nous nous rappelons que, chez les déments catatoniques, l'excitabilité réflexe est presque toujours augmentée, souvent à un haut degré, et sous toutes ses formes, qu'il s'agisse des réflexes tendineux, cutanés, vaso-moteurs.

Un fait à noter est que le symptôme est resté identique à lui-même dans les aspects variés de la maladie, et que nous l'avons retrouvé toujours, soit chez des malades différents, soit chez le même malade, aussi bien dans la stupeur catatonique que dans l'excitation, les phases de rémission, ou de démence finale.

Nous ajouterons encore qu'il ne s'agissait pas là de

(1) Depuis cette communication, notre collègue et ami le Dr Nageotte nous a communiqué deux autres cas de démence précoce catatonique, présentant également du dermo-stéréo-graphisme très net.

malades quelconques présentant quelques symptômes catatoniques isolés, épisodiques, mais de sujets réalisant cet ensemble de symptômes cliniques correspondant aux descriptions classiques de la forme catatonique complète de la démence précoce.

Nous remarquerons enfin que chez aucun de ces malades nous n'avons pu relever de stigmates d'hystérie. Nous avons eu soin d'ailleurs de faire dans notre statistique une catégorie à part pour le seul hystérique que nous ayons dans notre service et chez lequel le dermographisme se présente à un degré léger, de beaucoup moins accentué que chez nos déments catatoniques.

En résumé, il résulte de nos recherches que le dermographisme est loin d'être rare chez les aliénés. Nous l'avons rencontré surtout chez les idiots et imbéciles, chez les épileptiques, les paralytiques généraux, plus fréquemment encore dans la démence précoce, en particulier dans la forme hébéphrénique, constamment chez nos déments catatoniques, où il atteignait en même temps un degré des plus accentués.

DISCUSSION

M. Toulouse. — M. Séglas a probablement peu d'alcooliques dans son service. C'est ce qui explique que, dans sa statistique, les alcooliques ne figurent pas parmi les plus prédisposés au dermographisme. Après les alcooliques, les paralytiques généraux me semblent devoir occuper le deuxième rang. Si l'on considère que les alcooliques sont des intoxiqués, et que les paralytiques généraux sont dans des états favorables à des intoxications secondaires, on peut se demander si l'intoxication n'est pas une des conditions principales du dermographisme. J'ai remarqué en outre que l'exagération des réflexes et le dermographisme étaient souvent associés chez les mêmes malades.

M. Briand. — Je crois le dermographisme beaucoup plus fréquent qu'on pourrait le supposer. M. Barthélemy le considère comme une lésion d'intoxication. Suivant lui, l'arthritisme jouerait un grand rôle.

M. Séglas. — Au point de vue de l'arthritisme je n'ai rien remarqué de particulier. Si je n'ai pas parlé

de l'alcoolisme, c'est que j'en avais seulement deux cas dans mon service, au moment où je prenais mes observations. J'ai signalé l'énorme exagération des réflexes chez les catatoniques ; elle n'est pas aussi marquée chez les paralytiques généraux.

M. TOULOUSE. — J'ai également constaté dans l'agonie, l'exagération des réflexes et le dermographisme.

M. DOUTREBENTE. — Je demanderai à M. Séglas s'il n'a pas porté ses recherches sur des individus non aliénés. J'ai constaté un dermographisme intense chez des neurasthéniques, et même chez des personnes saines en apparence de corps et d'esprit.

M. ARNAUD. — Que faut-il réellement entendre par dermographie ? Est-ce seulement quand on peut écrire sur la peau? Ou existe-t-il des signes objectifs spéciaux?

M. SÉGLAS. — Mes observations ont porté surtout sur les malades de mon service ; mais j'ai observé la dermographie chez des individus non aliénés.

Il m'est assez difficile de répondre à la question de M. Arnaud. Il existe plusieurs degrés de dermographie, depuis la forme fruste jusqu'à la forme la plus accentuée. Les cas nets, tout le monde les connaît ; il y a non seulement rougeur, mais saillie œdémateuse : c'est la dermo-stéréo-graphie. Dans les formes frustes, le relief est peu accentué, mais le tracé rouge persiste, et se limite de plus en plus.

M. DUPAIN. — Le premier cas que j'ai observé remonte à une quinzaine d'années. Il s'agissait d'une hystérique. Le phénomène persistait jusqu'au lendemain.

M. BRIAND. — Ce qui prouve surtout que la dermographie est due à une intoxication, c'est le nombre de personnes sur la peau desquelles on peut écrire lorsqu'elles ont mangé du homard, des écrevisses ou du poisson.

M. JOFFROY. — Si je n'ai pas cherché, comme M. Séglas, a établir exactement la fréquence du dermographisme parmi les différentes catégories d'aliénés, j'ai cependant recherché assez fréquemment ce symptôme pour me croire autorisé à dire qu'il est certainement beaucoup plus fréquent chez les aliénés que chez les

sujets qui ne sont atteints d'aucune affection mentale.

En second lieu, je crois pouvoir apporter ici quelques faits mettant bien en lumière les relations qui existent dans certains cas entre le dermographisme et certaines intoxications. J'ai eu autrefois l'occasion d'injecter du sérum animal à certains aliénés, et à la suite de ces injections tous mes malades ont présenté, plus ou moins rapidement, un érythème en général foncé et même purpurique, tandis que mon collègue M. Chantemesse qui, lui aussi, avait injecté du sérum animal aux malades de son service d'hôpital, n'avait observé cette éruption que chez quelques-uns des sujets injectés.

Mais, fait intéressant et en relations probables avec les phénomènes éruptifs, chez tous mes malades on pouvait facilement provoquer le dermographisme. Il y a là un argument de plus pour établir que, dans certains cas (je ne dis pas dans tous), le dermographisme est sous la dépendance de certaines intoxications.

Enfin, je dirai un mot sur les rapports que l'on a signalés entre l'exagération des réflexes tendineux et le dermographisme. Je ne nie pas la coïncidence, et peut-être le rapport dans certains cas ; mais il ne faut pas généraliser, car, pour ma part, j'ai plusieurs fois observé le dermographisme chez des tabétiques, c'est-à-dire chez des malades qui présentaient l'abolition du réflexe patellaire et du réflexe lumineux.

La séance est levée à 6 h. moins le quart.

René Semelaigne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Rivista de Patologia nervosa e mentale.

ANNÉE 1898

I. — *Altérations des éléments du système nerveux central dans l'insomnie expérimentale* ; par L. Daddi (n° de janvier). — Les expériences ont été faites sur le chien. Deux de ces animaux furent maintenus en état d'insomnie avec alimentation ; un troisième fut privé de sommeil et de nourriture. Ce dernier vécut 17 jours, les deux autres n'allèrent pas au delà de 8 et 13 jours.

A l'autopsie, lésions macroscopiques banales d'hyperémie, d'œdème. Application des méthodes de Nissl avec quelques variantes dans la fixation et la coloration, de Bizzozzero et de Golgi.

Le microscope fait voir dans les ganglions spinaux des chiens privés de sommeil mais alimentés : des lésions cellulaires caractérisées par la fragmentation de la substance chromatique et sa disparition sous forme de chromatolyse périphérique ; chromatolyse complète dans quelques cas. Le cytoplasma est raréfié, vacuolisé, et le noyau a émigré. Chez le chien privé de sommeil et de nourriture, on retrouve ces mêmes lésions aggravées. La moelle et le bulbe sont intacts. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont également en voie de chromatolyse. Mais c'est surtout dans le cerveau que les lésions sont intéressantes à noter.

Les grandes cellules pyramidales du lobe antérieur sont gonflées, doublées de volume ; leur substance chromatique s'est fragmentée, amassée vers la bifurcation des prolongements ; elle tend à disparaître ; le cytoplasma est très vacuolisé, le noyau déplacé. Et ces lésions sont plus accentuées encore chez l'animal exposé à l'insomnie sans nourriture. La déformation cellu-

laire est plus avancée ; un plus grand nombre d'éléments sont atteints. Le lobe antérieur reste toujours le plus frappé. Il convient de noter l'intégrité des vaisseaux et de la névroglie, l'absence de figures caryocinétiques.

En sorte que nous voilà en présence de lésions identiques à celles que le Nissl a révélées en bien des circonstances, et notamment dans le cerveau de sujets empoisonnés par l'arsenic, le plomb (Lugaro), l'antimoine (Nissl, Schaffer), l'alcool et la nicotine (Vas) ; infectés par le bacille de la peste (Lugaro), celui du tétanos (Daddi), de la pneumonie ; atteints de psychoses considérées comme auto ou exo-toxiques, etc., etc.... Il y a peut-être un lien qui réunit toutes ces lésions, leur origine toxique ou auto-toxique ; mais alors il faut considérer l'insomnie comme la cause première d'une auto-intoxication ; ce qui n'entre pas dans les vues de l'auteur, qui pense que la chromatolyse résulte de l'inanition et de l'épuisement, et croit avec Pflüger que la cellule, à l'état de veille, dépense ce que le sommeil lui a permis de mettre en réserve. Il n'est que juste de reconnaître que l'idée d'une action indirecte de l'inanition par l'intermédiaire d'un auto-intoxication s'accorderait mal avec la localisation des lésions en certains points du cerveau.

II. — *Les altérations cadavériques de la cellule nerveuse étudiées par la méthode de Nissl* ; par G. Levi (n° de janvier). — Rien n'est plus scientifique que de se bien documenter sur les altérations susceptibles d'apparaître dans les cellules nerveuses sous l'influence de causes autres que la maladie. C'est le moyen de ne pas tomber dans l'erreur d'attribuer à cette dernière ce qui en réalité relève de causes banales. Dans cet esprit, G. Levi a voulu se rendre compte des modifications que subit la cellule nerveuse pendant la décomposition cadavérique.

Un lapin est sacrifié, et des fragments d'organes nerveux sont prélevés successivement 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 120 heures après la mort ; fixés et colorés dans les mêmes conditions, c'est-à-dire : fixation par le sublimé à 7 p. 100, coloration par la thionine. Voici les résultats :

Les altérations cadavériques ne sont pas contemporaines dans les diverses organes. Il en survient dans l'écorce du cerveau et du cervelet dès la 12e heure, tandis qu'il faut arriver à la 60e heure pour en trouver dans les cornes antérieures de la moelle. Cela tient sans doute, dit l'auteur, à la situation plus superficielle des écorces.

Les altérations cadavériques adoptent un type constant. La

©BIUM

distinction entre la substance chromatique et la trame achromatique n'est plus possible. Le contenu de la cellule forme un amas *hyperchromatique* d'aspect granuleux, pulvérulent même. Le noyau, par contre, est moins coloré; le nucléole demeure intact. A cette phase *hyperchromatique* en succède une autre qui pourrait s'appeler *hypochromatique*. Le protoplasma perd son affinité pour la couleur, tandis que la cellule cesse d'avoir des contours réguliers, que le noyau se détache mal. Mais, selon Levi, l'hyperchromatose est plus spécialement l'indice d'une altération cadavérique.

On ne saurait trop répéter qu'il faut avoir ces faits expéritaux présents à l'esprit toutes les fois qu'il s'agit d'interpréter des lésions révélées par la méthode de Nissl.

III. — *La démence paralytique chez les pellagreux*; par G. B. Verga (n° de janvier). — Baillarger, s'appuyant sur la fréquence de la paralysie générale chez les pellagreux, considéra la pellagre comme une cause de paralysie générale. Un auteur italien, A. Verga, dont G. B. Verga fait revivre l'opinion, s'éleva contre la manière de voir de Baillarger et soutint que les formes de folie pellagreuse absolument superposables à la paralysie générale sont pour le moins très rares. Tel fut plus tard l'avis de Seppilli; et Pianetta, dans un article récent, déclare n'avoir rencontré que trois cas de paralysie générale dans une série de 382 cas de folie pellagreuse.

A. Verga néanmoins admettait une pseudo-paralysie générale pellagreuse, analogue à la pseudo-paralysie générale alcoolique, par exemple. Mais les trois pellagreux paralytiques de Pianetta ne sont pas des pseudo-paralytiques. Il est vrai que l'on ne peut affirmer le rôle étiologique de la pellagre. Dans deux cas, il s'agissait de femmes arrivées à la ménopause, et celle-ci passe, aux yeux de Seppilli et de Buccola, pour une cause possible de paralysie générale.

La question demeure posée. La pellagre, ainsi que le croyait Baillarger, est-elle une cause de paralysie générale? Les faits cliniques, en somme, ne réprouvent pas formellement cette manière de voir, et l'anatomie pathologique a montré que la pellagre, par son poison sans doute, est susceptible de déterminer dans les centres nerveux, dans la moelle notamment (1), des lésions analogues à celles de la paralysie générale.

(1) Anglade. Lésions spinales de la paralysie générale, *Archives de neurologie*, 1898.

IV. — *Le centre psycho-moteur des muscles de la partie supérieure de la face*; par V. Pugliese (n° de février). — Il semble bien que le facial supérieur ne soit pas, comme on l'avait cru, absolument respecté dans l'hémiplégie ordinaire. Il est intéressé par la lésion cérébrale, mais beaucoup moins que le facial supérieur. Cela résulte des observations de Milla et de Pugliese. Ce dernier présente un nouveau fait à l'appui de son opinion.

Un vieil alcoolique de soixante-dix ans, devenu dément après de nombreux accès de manie, est frappé d'apoplexie. Hémiplégie gauche avec relèvement du sourcil du même côté, indice de la participation du facial supérieur; surviennent des convulsions dans les muscles de la face, et l'orbiculaire des paupières se contracte, le sourcil remonte périodiquement, le front se ride.

A l'autopsie, pas d'embolie pour confirmer le diagnostic fait; mais des thromboses dans les branches de la cérébrale moyenne et surtout dans ses dernières ramifications. Au surplus, absence de ramollissement et même de lésions correspondantes de l'écorce.

L'auteur se croit néanmoins autorisé à retenir ce fait comme une preuve de l'existence d'un centre cortical présidant à la motilité des muscles de la partie supérieure de la face. La localisation précise des convulsions et la lésion d'une zone limitée résultant de l'oblitération de petits vaisseaux nourriciers ne doivent pas être étrangères l'une à l'autre.

V. — *Caryocinèse des cellules nerveuses;* par G. Levi (n° de mars). — La cellule nerveuse est-elle susceptible de proliférer dans les foyers d'irritation et de régénération des organes nerveux? Autre question importante sur laquelle s'est arrêtée l'attention des histologistes. Mondino, il y a plus de dix ans, signala la caryocinèse des cellules de l'écorce cérébrale et des cellules de Purkinje chez le cobaye, et Coen, quelques années après, vit aussi des figures de caryocinèse dans les cellules de l'écorce expérimentalement irritée par la pénétration d'une aiguille chauffée au rouge. Le stade de *spirème* ne lui parut jamais dépassé. Sanarelli ne pense pas que cette caryocinèse puisse aboutir à la division de la cellule. Marinesco ne l'a jamais vue atteindre le stade de métacinèse. Par contre, Vitzou a vérifié chez le singe, dépouillé de son écorce occipitale, la régénération de la substance cérébrale.

Mieux que quiconque, Levi est qualifié pour donner son avis, car il a donné une bonne description du noyau des grandes cel-

lules. Il n'est pas inutile de rappeler que, suivant lui, le nucléole est composé d'une masse centrale acidophile entourée d'une zone de nucléine. Il est certain, les figures que Levi a puisées dans ses préparations le prouvent, que ce nucléole se modifie dans l'inflammation expérimentale, que des figures de caryocinèse apparaissent; le diaster, la plaque équatoriale et toutes les phases de la mitose se rencontrent avec fréquence.

Il faut évidemment s'assurer que des figures caryocinétiques appartiennent à des cellules nerveuses et non pas à d'autres éléments, aux cellules névrogliques par exemple. Pour éviter cette cause d'erreur, l'auteur n'a retenu que les figures prises assez loin du foyer inflammatoire pour qu'il ne pût y être question de prolifération névroglique; car, et en cela l'auteur est d'accord avec Coen, la caryocinèse des cellules nerveuses offre de particulier qu'elle peut s'observer très loin du foyer d'expérimentation.

Bref, l'auteur croit pouvoir affirmer que les figures caryocinétiques par lui retenues, n'appartenaient pas aux cellules névrogliques qui entourent les cellules pyramidales et se substituent à celles qui sont détruites; que ces mêmes figures n'appartenaient pas non plus à des leucocytes émigrés des vaisseaux.

Et d'ailleurs, les figures caryocinétiques des cellules nerveuses diffèrent de celles des autres éléments, de la névroglie en particulier; les figures d'un spirème et d'un diaster de cellules névrogliques viennent à l'appui de cette opinion. Est-il bien certain néanmoins que les éléments névrogliques, dont l'activité proliférative s'éveille si facilement, demeurent indifférents à côté de cellules nerveuses en travail de caryocinèse? Le contraire se voit bien plus fréquemment.

Donc, les cellules nerveuses entrent en caryocinèse; sont-elles capables de se reproduire? Tout le monde s'accorde pour déclarer incapables de reproduction les cellules de la moelle des ganglions spinaux. Cette faculté n'est discutable que pour ce qui regarde les cellules de l'écorce. L'auteur a la certitude que, de ces cellules, les grandes se multiplient par caryocinèse, tandis que les moyennes et les petites passent par les phases caryocinétiques.

Cette caryocinèse est-elle précédée d'un gonflement de la cellule, comme le veut Friedmann? Levi ne le pense pas. La mitose aboutit-elle à la division de la cellule? Cela est probable, bien que des figures de division complète de cytoplasma n'aient pas été rencontrées.

©BIUM

Mais, et c'est ce qu'il importe de retenir, cette multiplication des cellules ne peut signifier autre chose qu'une manière de réagir de la part de ces cellules. Il ne peut s'agir d'une véritable régénération, à preuve que l'activité prolifératives diminue progressivement après le cinquième jour.

En sorte que Vitzou demeure seul de son avis sur ce point.

VI. — *La physiologie du sympathique*; par F. Bottazzi (numéro d'avril). — C'est le résultat des laborieuses recherches de J.-N. Langley et de ses élèves, que F. Bottazzi a entrepris de nous exposer.

Pour l'étude des fonctions du sympathique, a été mise à profit l'action spéciale de la nicotine qui paralyse la cellule des ganglions, et non les fibres qui en émanent. Cette analyse ne peut entrer dans le détail des expériences, et doit se borner à en noter les résultats.

Le système sympathique doit être considéré comme un appareil nerveux « autonome », destiné à assurer la fonction des organes à muscles lisses et du myocarde, des organes glandulaires. Système autonome, viscéral, et soustrait à l'action de la volonté. On peut le diviser, suivant J.-N. Langley, en :

A. Système nerveux sympathique. Il innerve toutes les parties du corps pourvues de fibres nerveuses et même les vaisseaux sanguins de la pie-mère.

B. Système « autonome cranien », et système autonome sacré.

a) — Le premier innerve l'extrémité supérieure du canal alimentaire et ses dépendances.

b) — Le second innerve l'extrémité inférieure de ce même canal avec ses dépendances. La peau, excepté celle qui environne l'anus et la bouche, reçoit des fibres du système sympathique.

Lorsqu'un tissu reçoit des fibres de A et de B, c'est qu'il y a, où elles aboutissent, des fonctions distinctes à remplir.

a) — Ces fonctions peuvent différer quant à leur nature ou leur degré. C'est ainsi que la plus grande partie du canal alimentaire reçoit du sympathique des fibres inhibitrices et quelques fibres motrices du sympathique, tandis que le vague lui fournit surtout des fibres motrices, peu d'inhibitrices.

b) — Ces fonctions peuvent être d'un caractère absolument différent. Ainsi les nerfs sympathiques qui vont aux vaisseaux sanguins du pénis sont moteurs, tandis que les fibres sacrées du nerf moteur sont inhibitrices.

Les organes efférents de A et de B ont le même caractère morphologique, et se composent d'une cellule nerveuse centrale, d'une fibre qui va se ramifier et se mettre en rapport avec une cellule périphérique, laquelle envoie une autre fibre destinée au muscle ou à la glande. Les organes afférents sont représentés par le neurone dont le corps cellulaire siège dans le ganglion radiculaire postérieur.

C. Le « système entérique ». Il semble réservé au canal alimentaire (plexus d'Auerbach et de Meissner). Langley considère ce système comme différent de A et de B, et l'écart est plus grand qu'entre A et B. Il ne reconnaît aucune preuve capable d'établir les connexions de ce système qui vraisemblablement commande les mouvements péristaltiques.

VII. — *Altérations des cellules nerveuses dans l'hyperthermie expérimentale;* par E. Lugaro (numéro de mai). — Evidemment, il y a intérêt à observer ce qui se passe dans les divers éléments constitutifs d'une cellule nerveuse, lorsque celle-ci se trouve placée dans des conditions anormales. Noter l'ordre d'apparition des lésions, mesurer leur degré et marquer la limite au delà de laquelle elles cessent d'être réparables, observer parallèlement les désordres qui leur correspondent, c'est faire œuvre utile à la biologie, en même temps qu'à la pathologie de la cellule nerveuse.

Lugaro a eu recours à l'hyperthermie expérimentale, susceptible, suivant lui, de révéler quelques détails d'anatomie normale de la cellule, en même temps que ses altérations pathologiques. Un lapin, placé dans un milieu dont la température est de 40 degrés, accuse bientôt lui-même une température de 43 degrés. L'animal, excité d'abord, tombe dans l'abattement; les battements du cœur se précipitent, les inspirations sont courtes et fréquentes, et la mort survient à la suite de convulsions généralisées. Au lieu qu'une température un peu inférieure à 40 degrés amène plus lentement l'élévation thermique du corps de l'animal, qui vit plusieurs heures et succombe sans convulsions, probablement à la suite de l'épuisement du cœur et du centre respiratoire. Si la température ambiante ne dépasse pas 38 degrés, l'hyperthermie peut n'être que de 1, 2 ou 3 degrés, et se maintenir assez longtemps. L'animal s'amaigrit progressivement.

L'auteur ne consigne dans cet article que les effets de l'hyperthermie rapide. La technique a consisté à recueillir des fragments de ganglions spinaux, de moelle à différentes hau-

teurs, de bulbe et de protubérance, d'écorce cérébelleuse et cérébrale, de corne d'Ammon, de rétine, de ganglion sympathique; à fixer ces fragments dans le sublimé, puis à colorer les coupes avec la thionine ou l'hématoxyline Delafield, quelquefois avec l'hémathéine selon la méthode d'Apathy. La méthode de l'or a été aussi employée.

Les animaux dont la température n'avait pas dépassé 42 degrés offraient peu de lésions dans leurs cellules nerveuses. Dans quelques-unes, on pouvait noter une zone plus claire autour du corps cellulaire, un agrandissement des espaces interchromatiques. Tandis que les éléments nerveux provenant de sujets hyperthermiés à 43 degrés, étaient profondément lésés. Il y avait désagrégation et dissolution très accusée de la substance chromatique. Par contre, la traîne achromatique était intacte, et sa structure réticulo-fibrillaire mise en évidence; intacts aussi les contours des cellules, la membrane et le réticulum nucléaires. Dans le noyau, la substance acidophile semblait avoir perdu de son affinité pour la couleur, et la substance basophile était modifiée dans sa forme. Et les lésions produites par l'hyperthermie ont cela de particulier qu'elles sont généralisées, et non limitées à quelques catégories d'éléments.

Quelle relation existe entre ces lésions et les symptômes observés? Lugaro admet que la fonction motrice peut survivre à la disparition de la substance chromatique; il est convaincu cependant qu'à mesure que celle-ci diminue, celle-là s'affaiblit.

En sorte que, sans être indispensable à la fonction motrice, la substance chromatique alimente vraisemblablement son énergie. Sur ce point seulement, l'opinion de Lugaro diffère notablement de celle de Goldscheider et Flatau, qui ont étudié, eux aussi, les effets de l'hyperthermie expérimentale (1); pour eux, la substance chromatique demeure étrangère à la fonction motrice.

Il faut savoir gré à un savant tel que Lugaro d'avoir exprimé son avis sur la physiologie de la substance chromatique. Cette question intéresse tous ceux, et ils sont nombreux, qui observent les variations des grains chromatiques dans les maladies, et s'évertuent à interpréter leur signification.

VIII. — *Le centre cortical du tonus du muscle sphincter*

(1) Goldscheider et Flatau. Beiträge zur Pathologie der Nervenzelle (*Fortschritte der Medicin*, n° 7, 1897).

externe de l'anus ; par P. Ducceschi (n° de juin). — Le premier, Gluge a observé que la section de la moelle lombaire est suivie de contractions rythmiques du sphincter externe de l'anus. Goltz vérifia le fait et ajouta que le muscle, dans ces conditions, se contracte 20 à 25 fois par minute. Ott n'y vit que les effets de l'interruption d'un courant inhibiteur venu de l'encéphale, se crut même autorisé à faire partir ce courant du thalamus. Sherrington, portant une excitation électrique sur la partie postérieure du lobe paracentral, détermina des contractions du phincter. Meyer arriva au même résultat en excitant la partie postérieure du gyrus sigmoïde et Mann obtint des mouvements coordonnés de défécation en électrisant la zone motrice.

Le cerveau exerce sur le sphincter anal une influence que démontrent ses contractions ou sa parésie chez l'homme à l'occasion d'émotions vives.

Ducceschi apporte à la question des documents d'ordre expérimental. Il a vu d'abord les contractions rythmiques survenir chez les animaux après l'ablation de l'écorce motrice, tandis que l'expérience inverse, c'est-à-dire l'ablation de l'écorce occipitale ou frontale, la zone motrice demeurant intacte, n'influencerait pas le tonus du sphincter. Précisant encore la localisation corticale, l'auteur donne comme centre du tonus la partie supérieure de la branche antérieure du gyrus sigmoïde. Autour de ce point, siège le centre des mouvements de la queue, car les écarts d'excitation déterminent des mouvements associés du sphincter et de la queue.

Il semble, ajoute l'auteur, qu'il n'y ait qu'un seul centre anocortical situé dans l'hémisphère droit, plus fréquemment dans l'hémisphère gauche.

La localisation exacte de ce centre nous semble entourée de toutes les garanties expérimentales. L'auteur en a fait soigneusement l'ablation ; il a observé, compté et mesuré les contractions, s'est assuré que les effets étaient de tous points comparables à ceux qui résultent de la section de la moelle. On ne saurait exiger davantage.

IX. — *Observation de psychose polynévritique d'origine tabagique* ; par N. Buccelli (n° de juin). — Charcot avait remarqué que des troubles mentaux, et notamment un affaiblissement de la mémoire, compliquent parfois la polynévrite alcoolique. Korsakoff attacha son nom à une psychose polynévritique qui semblait spéciale aux alcooliques. Mais de même que la polynévrite peut être la conséquence d'intoxications diverses,

de même la psychose polynévritique se voit ailleurs que dans l'alcoolisme, et une observation de Buccelli va nous démontrer que le tabac est capable de produire ce que l'alcool, le plomb, l'arsenic, le phosphore, le sulfure de carbone ont maintes fois produit.

Un homme de 64 ans, dont une sœur, après plusieurs atteintes de rhumatisme, mourut de complications cardiaques et dont la mère succomba à une attaque d'apoplexie, consomme, sous diverses formes, une quantité énorme de tabac dont la dose quotidienne dépasse 80 grammes. Ce n'est pas un buveur. Il présente d'abord des symptômes d'angine de poitrine, puis des troubles moteurs et sensitifs dans les membres. Douleurs sourdes d'abord dans les masses musculaires des membres inférieurs, douleurs qui s'exagèrent par la marche. Puis, douleurs plus vives : sensation de torsion et de tiraillement ; douleur atroce dans l'avant-bras droit. Cependant que le caractère se modifiait ; que le malade, ordinairement gai, devenait maussade ; que son intelligence s'émoussait.

Les troubles moteurs et sensitifs s'aggravent rapidement. On observe la réaction de dégénérescence dans les muscles du membre supérieur droit, dans ceux du membre inférieur qui reçoivent leur innervation du péronier.

La sensibilité spéciale est atteinte. L'acuité visuelle est diminuée des deux tiers. Le champ visuel est rétréci et l'examen du fond de l'œil révèle l'hyperémie et l'opacification de la pupille droite. Il y a amblyopie météorique. Les modifications des réflexes, les désordres viscéraux offrent moins d'intérêt.

Au point de vue psychique, le malade est devenu incapable d'émettre une idée, encore moins d'en associer plusieurs. Il répond lentement, inexactement. La perception demande un effort et la mémoire est incapable de rappeler le souvenir des faits les plus récents, des noms propres, etc. Le malade paraît souffrir de son impuissance. Les sentiments affectifs sont conservés. Le sevrage fut suivi d'amélioration. L'amnésie s'atténua, puis disparut. Le dernier symptôme fut une anesthésie dans le territoire du musculo-cutané dont Buccelli réséqua quelques rameaux pour les soumettre à un examen histologique. La méthode de Weigert y montra une réduction de la gaine de myéline avec intégrité du cylindraxe. Il s'agissait, en somme, de ce que Gombault a appelé la névrite segmentaire périaxile. Le tissu intrafasciculaire et périvasculaire était le siège d'une inflammation proliférative appréciable.

Observation intéressante à divers points de vue. Les symptômes physiques de la polynévrite y sont relevés avec un soin particulier et un examen histologique bien fait montre l'association de lésions inflammatoires à des lésions de dégénérescence.

Il y a ensuite un fait nouveau dans l'étiologie de ce cas de polynévrite avec psychose polynévritique notoirement occasionnée par le tabac.

La pathologie des troubles mentaux d'origine toxique tirera profit de cette constatation que l'intoxication nicotinique, comme l'intoxication alcoolique, etc., comme les infections elles-mêmes, frappe surtout la mémoire. L'amnésie s'érigera peu à peu en symptôme capital des toxi-infections des centres nerveux. Comment le poison frappe-t-il la mémoire et la faculté d'association des idées? C'est une question que Buccelli se pose après bien d'autres et qui vraisemblablement demeurera encore posée longtemps. Ce n'est pas résoudre le problème que de supposer une lésion du système d'association dont la complexité fait sans doute deviner l'importance. S'il nous était permis de placer ici une opinion personnelle, nous dirions que si vraiment la névroglie est plus qu'un élément de soutien, si elle participe avec son extraordinaire réseau aux opérations cérébrales, il n'est pas inadmissible que les lésions névrogliques, évidemment précoces, qu'occasionnent les poisons, puissent retentir sur la mémoire et l'association des idées.

X. — *Considérations sur la structure du noyau des cellules nerveuses* ; par G. Levi (n° de juillet). — A plusieurs reprises, l'auteur s'est occupé du noyau des cellules nerveuses. Il a soutenu que le noyau est formé d'une substance acidophile, tandis que le nucléole est surtout, mais non exclusivement, basophile.

La première de ces affirmations trouve un appui dans les recherches de Lenhossek, de Ramon y Cajal, Van Gehuchten ; une contradiction, dans celles de Heimann, de Bühler. Contre la deuxième s'élèvent surtout Lenhossek, Goldscheider et Flatau, Cajal. Ce dernier pense que le nucléole doit être uniquement basophile et s'appuie sur ce que les cellules de la moelle sont pourvues, chez l'embryon, d'une seule espèce de chromatine basophile ; que quelques *Kernzellen* sont dépourvues du corpuscule central acidophile ; que l'acidophilie est le résultat d'une transformation de la chromatine ordinaire. A quoi Levi réplique : Chez l'embryon, la substance acidophile ne fait défaut qu'au stade de *Kernzellen*. Dès que la cellule revêt l'aspect d'un hémo-

blaste, les deux substances acido et basophiles existent. Toutes les méthodes de double coloration (hématoxyline et éosine, bleu de méthylène et éosine, hématéine et orange, etc.) donnent des résultats identiques, c'est-à-dire la coloration du centre du nucléole par les couleurs acides, de la périphérie par les couleurs basiques. Ce sont là des faits positifs contre lesquels il est difficile de diriger des arguments sérieux ; mieux vaut suivre les conseils de Levi : assurer une bonne fixation, soigner la coloration, et tout le monde se mettra d'accord.

XI. — *Modifications morphologiques fonctionnelles dans les dendrites des cellules nerveuses;* par E. Lugaro (numéro d'août). — C'est la théorie de l'amiboïsme des cellules nerveuses que Lugaro veut éclairer à la lumière des faits expérimentaux.

Il faut bien reconnaître que cette théorie est mal assise et que l'imagination y occupe une trop large place. Si Wiedersheim croit avoir vu des mouvements amiboïdes, Rabl-Ruckhard les fait intervenir sans preuve dans le mécanisme de l'idéation. Duval y trouve une ingénieuse théorie du sommeil, et Lépine l'explication des anesthésies sensitives et sensorielles, des paralysies hystériques.

Ramon y Cajal admet seulement que des néoformations dendritiques correspondent à l'établissement de nouvelles associations idéatives et ces néoformations, suivant His, Lenhossek et Cajal, sont la suite de ce qui a lieu dans le développement embryonnaire. Le neurone se développe dans le sens cellulifuge ; les arborescences protoplasmiques s'enrichissent progressivement.

Mais revenons aux mouvements amiboïdes. Kölliker n'admet pas qu'ils soient possibles dans des prolongements organisés et dont la structure est fibrillaire. Mais Lugaro estime néanmoins que les varicosités terminales sont capables de légères dilatations et rétractions.

Les résultats expérimentaux ne concordent pas. Cajal, Azoulay ont trouvé aux prolongements le même aspect quelles que fussent les conditions de la mort ; tandis que Demoor, chez des animaux soumis à l'action du chloroforme, du chloral, de la morphine, a vu les prolongements protoplasmiques des cellules de l'écorce perdre leur aspect régulier, devenir variqueux et moniliformes.

Lugaro, pour se placer dans les meilleures conditions expérimentales, a fait pénétrer le liquide fixateur, avant la mort,

successivement chez des animaux soumis ou non à l'action du chloral, de l'éther, du chloroforme, de la morphine. Le corps cellulaire et les grosses ramifications ont été vus indemnes de lésions appréciables dans tous les cas. Il y avait quelques prolongements variqueux dans les cellules provenant des chiens tués par l'injection du liquide de fixation ou morphinisés; absence complète d'épines et de fines arborisations protoplasmiques chez les animaux tués par le fixateur; quelques varicosités chez les morphinisés, varicosités qui faisaient absolument défaut chez les chiens tués par le chloroforme, l'éther, le chloral. En sorte que l'état variqueux semble résulter d'une excitation prolongée, la morphine étant un poison excitant du système nerveux du chien, tandis que l'expansion des appendices épineux s'exagère sous l'influence du chloroforme, de l'éther, du chloral, poisons narcotiques.

Quel rôle jouent dans les opérations psychiques ces rétractions et ces expansions? Régissent-elles le jeu des associations d'idées? Lugaro croit qu'elles demeurent étrangères au mécanisme de l'activité intellectuelle et n'interviennent que dans les états de fatigue pour la contrarier.

Demoor et Querton voulaient que l'état variqueux succédant à l'excitation fût le prélude du sommeil par suppression des contacts entre les éléments. Lugaro pense autrement. Le sommeil n'est pas toujours la conséquence de la fatigue, et l'état de repos cérébral n'est pas incompatible avec le sommeil. Il est plus vraisemblable que le sommeil résulte d'une faiblesse de réaction des prolongements, lesquels n'obéissent plus promptement et fidèlement; d'où, irrégularité dans le jeu des associations, faiblesse de l'attention, etc. Ainsi s'explique bien aussi l'incohérence du rêve.

XII. — *Sur les variations de la quantité de liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies;* par G. Mya (numéro de septembre). — Les processus inflammatoires des méninges s'accompagnent d'hydrocéphalie, d'où le profit que peut retirer le diagnostic de la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien subit des modifications quantitatives et qualitatives dans les infections méningées, c'est un fait que l'auteur a précédemment établi. Il est à supposer que l'examen de ce même liquide pourra faciliter le diagnostic de quelques formes d'hydrocéphalie.

Il faut être d'abord bien fixé sur un point : la formule qualitative et quantitative du liquide céphalo-rachidien d'un sujet

normal. Or, la quantité varie avec l'âge. Elle peut se mesurer par la pression manométrique. Cette manœuvre ne se met pas facilement à l'abri des causes d'erreur. On peut aussi mesurer la quantité de liquide qui s'écoule en un temps donné et, toutes conditions égales d'ailleurs, comparer les chiffres obtenus. L'auteur estime cette façon de procéder suffisamment précise.

Il a pu, de la sorte, constater que la quantité de liquide céphalo-rachidien diminue à mesure que l'âge avance. Dans les trois premières années, le liquide s'écoule en jet, et l'on peut obtenir 25 à 33 centimètres cubes dans les deux à trois premières minutes, au lieu qu'après dix ans on recueille péniblement 15 centimètres cubes en plus de cinq minutes. D'Astros, au contraire, considère le liquide céphalo-rachidien comme beaucoup moins abondant dans les premières années de la vie.

Les résultats de G. Mya s'expliqueraient par l'activité plus grande de la lymphogenèse chez l'enfant. De la même façon s'expliquent les localisations plus fréquentes des infections tuberculeuses pneumococciques, etc., dans les centres nerveux.

Le liquide céphalo-rachidien, le raisonnement le donne à penser, doit se ressentir, ne serait-ce que mécaniquement, des accidents pathologiques survenus dans les centres nerveux. Sa qualité et sa quantité peuvent varier avec les conditions de la circulation, l'état des vaisseaux et de l'épithélium épendymaire, du sang, etc. Il abonde chez les enfants rachitiques. La coexistence du rachitisme et de l'hydrocéphalie est un fait qui a été noté par Bourneville, Baginski, Comby, d'Astros. G. Mya est affirmatif sur sa constance. Le mécanisme de la surproduction de liquide céphalo-rachidien dans le rachitisme est difficile à saisir. Il n'est pas impossible que le phénomène, comme le rachitisme lui-même, résulte d'une auto-intoxication.

La ponction lombaire pratiquée dans plusieurs cas de pneumonie avec complications méningées, donna lieu à un jet violent de liquide dont la quantité était évidemment bien supérieure à la normale.

En somme, le liquide céphalo-rachidien est abondant dans les premières années de la vie. Sa quantité s'exagère au cours d'un certain nombre d'affections de nature infectieuse ou autotoxique, par exemple la pneumonie, le rachitisme.

Ce travail mérite de figurer dans l'histoire des ponctions lombaires et du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, justement en honneur de nos jours.

XIII. — *Structure des cellules des ganglions spinaux chez le chien;* par Lugaro (numéro d'octobre). — La substance fondamentale du cytoplasma des cellules des ganglions spinaux a-t-elle les caractères histologiques d'un réseau fibrillaire granuleux recticulaire, ou bien alvéolaire? Tous ces caractères lui ont été attribués, mais on tend à se mettre d'accord pour lui reconnaître surtout une structure fibrillaire. Les recherches de Lugaro et de Marinesco, de Levi, de Pugnat, de Bühler et de Cajal ont abouti à cette conclusion. Mais ces fibrilles elles-mêmes, comment se disposent-elles et s'orientent-elles dans la cellule? En fait, dans une même cellule, le réseau fibrillaire peut se présenter sous des aspects très différents, selon le sens et le niveau de la coupe. Cela suffit à expliquer les interprétations diverses formulées sur sa structure.

Et d'abord, Lugaro n'accepte pas d'être rangé parmi les partisans d'un réseau de fibrilles indépendantes. Il est vrai, en effet, que nous savons, pour l'avoir lu dans un article analysé ici-même, que l'auteur a insisté sur l'anastomose des fibrilles : anastomoses à angle très aigu au centre, plus ouvert à la périphérie.

Au surplus, la structure de la substance fondamentale varie surtout avec les types cellulaires, au nombre de cinq. Dans les grandes cellules claires, les fibrilles abondent, tantôt longues et ondulées, tantôt courtes et droites, limitant des espaces polygonaux. Même structure dans les cellules du deuxième type. Le réseau fibrillaire est plus riche et plus compact au centre, plus lâche à la périphérie des cellules du troisième type. Dans celles du quatrième, on voit de volumineuses travées sans orientation apparente, et plus ouvertes à la périphérie qu'au centre. Les fibrilles, dans le cytoplasma des cellules du cinquième type, sont disposées concentriquement autour du noyau. Elles sont légèrement ondulées, et s'anastomosent à angle très aigu.

Le cylindraxe s'épanouit dans la trame fibrillaire, et ses fibrilles vont se confondant avec celles du cytoplasma. On peut voir quelquefois les expansions fibrillaires cylindraxiles pénétrer dans la cellule perpendiculairement aux fibrilles longues, les aborder d'ailleurs sous des angles de tous les degrés.

Et ces constatations, faites dans les meilleures conditions expérimentales et techniques, fixent un point de l'anatomie des cellules nerveuses.

XIV. — *Modifications morphologiques des cellules nerveuses des animaux à sang froid, pendant l'hivernage;* par G. Levi

(numéro d'octobre). — S'il est vrai que, durant leur immobilité hivernale, les animaux à sang froid consomment les provisions amassées pendant la période active ; si, d'autre part, on suppose que la substance chromatique est un aliment de réserve pour la cellule nerveuse, il y a évidemment intérêt à vérifier l'état de cette substance chromatique et à l'étudier comparativement aux deux périodes. Tel est le but que s'est proposé G. Levi en expérimentant sur des animaux à sang froid, et particulièrement sur le crapaud.

Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi :

Chez les animaux à sang froid, les grandes cellules nerveuses voient leur substance chromatophile se modifier selon les saisons, et dans sa quantité, sa répartition, ses réactions chimiques.

Cette substance se raréfie dans les cellules des ganglions spinaux pendant l'hivernage ; en outre, d'acidophile qu'elle est normalement, elle devient basophile. On la voit peu à peu reparaître dès que l'animal s'éveille, et devenir très dense à la période de grande activité, prendre un aspect granuleux qu'elle conservera. Détail particulier : pendant le sommeil hivernal, le cytoplasma se charge de gouttelettes de graisse et ses gaines fuchsinophiles interfibrillaires diminuent. Au surplus, cet état de la cellule peut se réaliser expérimentalement l'été en abaissant la température, à la condition de la maintenir basse durant une période de trois mois.

Ainsi le microscope donne raison à la théorie, et semble vérifier l'hypothèse d'une fonction d'aliment de réserve attribuée à la substance chromatique. Il n'en est rien pourtant, dit G. Levi. La disparition de la substance chromatique n'est pas un signe de dénutrition, puisque les animaux récupèrent cette substance au mois de mars avant d'avoir repris leur alimentation et la conservent tout l'été. Il faut donc renoncer à expliquer, par l'inanition, le défaut de grains chromatiques pendant la torpeur hivernale des animaux à sang froid. G. Levi pense que la substance chromophile suit les variations de l'énergie fonctionnelle, et qu'elle disparaît avec elle. Cette explication est insuffisante et ne s'accorde que difficilement avec ce fait que quelques animaux à sang chaud, s'immobilisant l'hiver, conservent néanmoins dans leurs cellules la substance chromophile.

XV. — *Passage du bleu de méthylène à travers le filtre rénal dans diverses formes de psychoses ;* par P. Bodoni (numéro d'octobre). — Le bleu de méthylène agit énergiquement sur

l'organisme et particulièrement sur le système nerveux; et cette action générale influence même son élimination.

Cette élimination est influencée par les psychoses, varie avec elles et leurs différentes phases, atteint son maximum dans la paralysie générale.

Le bleu de méthylène, chez les aliénés, s'élimine non seulement par les urines, mais encore par les selles.

La présence du chromogène au lieu du bleu dans les urines, signifie que la puissance d'absorption est ralentie, et que les agents réducteurs ont le temps d'opérer sa transformation.

Le retard dans l'élimination du bleu ou du *chromogène* est occasionné par une perturbation de la faculté d'absorption des tissus, perturbation qui résulte de conditions physio-pathologiques multiples.

Le bleu de méthylène ne saurait servir à vérifier les conditions anatomiques et fonctionnelles du rein chez les aliénés, pas plus d'ailleurs que chez les autres malades ou les individus sains.

XVI. — *Relations entre le tonus musculaire, la contracture et l'état des réflexes;* par E. Lugaro (numéro de novembre). — De quelle manière l'action cérébrale s'exerce-t-elle sur le tonus musculaire? Dans quelles conditions se modifient les réflexes? Questions sujettes à controverses, et envisagées par Lugaro à un point de vue particulier.

Dans la paralysie progressive, le réflexe patellaire est tantôt exagéré et tantôt supprimé. Il était intéressant d'observer ce qu'il devient à la suite d'accès épileptiformes dont l'origine corticale est cliniquement évidente. Ils traduisent apparemment l'irritation de l'écorce envahie par les poisons de la paralysie générale.

De l'observation des paralytiques à ce point de vue, il résulte que la paralysie consécutive à un accès apoplectiforme s'accompagne d'hypertonie, de contracture des membres paralysés, d'exagération des réflexes patellaires; que cette contracture est précoce, que les réflexes patellaires demeurent intacts lorsque le centre du langage est intéressé; que les convulsions limitées donnent lieu à l'exagération du réflexe patellaire; que ce même réflexe est diminué ou supprimé dans le cas de convulsions généralisées. La paralysie consécutive aux grands accès épileptiformes est flasque, et le demeure plusieurs jours. Ensuite, la contracture survient, et le réflexe patellaire s'exagère.

Lugaro veut, après bien d'autres, donner à ces faits une

interprétation. Elle a malheureusement le tort de reposer sur des bases anatomiques peu solides. La voie cortico-spinale existe bien, puisqu'elle nous est révélée par sa dégénérescence dans les maladies. Mais la voie cortico-ponto-cérébello-médullaire ne se peut parcourir au microscope, et Van Gehuchten, qui l'avait admise, l'a récemment et spontanément reniée (Congrès international de 1900).

Bornons-nous donc à retenir quelques-unes des variations de la réflectivité dans la paralysie générale.

XVII. — *Le neurone du ganglion ciliaire et les centres des mouvements pupillaires ;* par A. Marina (numéro de décembre). — L'examen de l'œil en général, de la pupille en particulier, fournit des renseignements précieux au neurologiste et même à l'aliéniste. Rien de ce qui touche à l'anatomie ou à la physiologie oculaire ne les peut laisser indifférents.

Après avoir comparé cinquante observations personnelles à deux cents autres recueillies dans la littérature médicale, l'auteur déclare que, si la paralysie pupillaire est fréquente dans la syphilis, le tabes, la paralysie progressive, elle est rare dans les autres maladies. Les tumeurs des tubercules quadrijumeaux l'occasionnent, il est vrai, fréquemment aussi ; mais cela ne saurait surprendre, puisqu'il s'agit du centre même des mouvements pupillaires.

Ces centres d'innervation pupillaire sont mal connus, et chaque observation leur assigne une place différente. Le ganglion ciliaire, dont quelques branches vont à l'iris et au muscle de Brücke, joue sans doute, vis-à-vis de la fonction pupillaire, un rôle important. C'est ce rôle que Marina s'est proposé d'étudier expérimentalement.

La section des nerfs ciliaires chez le chien détermine la dégénérescence complète et généralisée des cellules du ganglion ciliaire, de quelques-unes du ganglion de Gasser, tandis que les cellules du noyau de l'oculo-moteur des ganglions spinaux de la moelle cervicale et dorsale sont intacts.

Avant d'expérimenter sur le singe, il importait de connaître l'histologie normale des points à examiner. La fixation à l'alcool et au sublimé, la coloration par la thionine, le bleu de méthylène et de toluidine ont permis de reconnaître dans le ganglion ciliaire du singe des cellules avec des grains chromatiques disposés concentriquement, un noyau volumineux rond avec un nucléole central, des cellules ovoïdes où la chromatine est très irrégulièrement disposée et dont le noyau est placé loin du

centre. Ces deux types cellulaires se rencontrent dans la plupart des ganglions dont les particularités histologiques sont d'ailleurs peu importantes.

Ces données établies, l'expérimentation sur le singe montre que la cautérisation de la cornée détermine une légère altération d'un petit nombre de cellules des ganglions ciliaires et de Gasser; que l'extirpation de l'iris fait dégénérer seulement un assez grand nombre de cellules du ganglion ciliaire, que toutes les lésions des procès et des nerfs ciliaires retentissent sur les cellules du ganglion ciliaire qui dégénèrent proportionnellement à l'étendue de la lésion, retentissent aussi sur quelques cellules du ganglion de Gasser; tandis que les ganglions spinaux et les segments inférieurs de la moelle ne sont pas influencés.

La conclusion de A. Marina est que le ganglion ciliaire est vraiment le centre qui préside aux mouvements du sphincter de l'iris.

ANGLADE.

Annali di Freniatria et scienze affini.

ANNÉE 1900.

I. — *L'indicanurie dans les phrénoses pellagreuses et dans les états psychiques dépressifs;* par le Dr Enrico Rossi (numéro de mars). — L'auteur passe en revue les différentes méthodes appliquées jusqu'à ce jour pour la recherche clinique de l'indican dans les urines et donne les résultats de son expérience personnelle sur ce sujet. De ses recherches portant sur neuf observations d'états dépressifs et neuf observations de phrénoses pellagreuses, il se dégage que :

1° En comparant les urines des mélancoliques à celles des pellagreux soumis au même régime alimentaire, on trouve *généralement* l'indicanurie pathologique moins accentuée chez les premiers que chez les derniers;

2° Dans les états psychiques dépressifs comme dans les phrénoses pellagreuses, la plus ou moins grande altération des échanges organiques s'accompagne d'une plus ou moins considérable excrétion d'indican;

3° Que la théorie intestinale exclusive n'est pas encore définitive et ne saurait embrasser ni expliquer tous les faits qui se rapportent à l'indicanurie.

II. — *Le repos au lit chez les aliénés;* par le Dr Francesco

Accinelli (numéro de mars). — Considérations générales et observations personnelles portant sur 7 cas de psychoses variées et conduisant aux conclusions suivantes :

« Le repos *prolongé* au lit est chez les aliénés un avantage indiscutable. Il est utile comme mesure générale, et facilite le traitement et la surveillance des patients, prévient les automutilations, permet de bénéficier des avantages d'un traitement moral, diminue l'agitation et favorise la durée des intervalles lucides.

Il est spécialement indiqué dans les *formes aiguës avec agitation* motrice et dans les *psychoses asthéniques*. Il est indispensable dans les périodes ultimes de certaines psychoses chroniques. Ce traitement ne saurait être soumis à aucune règle systématique.

III. — *Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur l'idiotie;* par le Dr Pellizi (numéros de mars et de juin). — Trois observations personnelles suivies d'autopsie, très complètes au double point de vue clinique et anatomo-pathologique : Contribution à l'étude de l'idiotie par *sclérose tubéreuse*, déjà présentée par plusieurs auteurs, entre autres Bourneville et Fuerstner. L'auteur présente un tableau résumé de 25 observations rassemblées par les cliniciens et par lui-même, indiquant que les lésions de sclérose tubéreuse corticale sont d'autant plus accentuées que le degré d'idiotie est prononcé et ancien.

IV. — *Hémiplégie avec douleurs et accès de rire spasmodiques par ramollissement du noyau lenticulaire;* par le Dr Francesco Burzio (numéro de juin). — Les constatations anatomo-pathologiques sur ce cas intéressant sont une contribution à l'histoire des localisations cérébrales. Elles permettent d'admettre que les douleurs des hémiplégiques, sans être dues à des altérations névritiques ou à un processus de synovite ou à l'action mécanique de la contraction de la contracture, sont d'origine cérébrale, comme l'ont déjà expliqué certains auteurs. Dans le cas considéré, le *phénomène douleur* est lié à l'altération de la partie de la capsule dite carrefour sensitif et du segment postérieur du lenticulaire (putamen) par des fibres uniquement destinées à la transmission des sensations douloureuses. Le rire spasmodique est la conséquence de la lésion du segment antérieur de la capsule interne, c'est-à-dire de cette région qui serait, conformément à l'opinion de Brissaud, traversée par les fibres de transmission des excitations corticales aux centres de

coordination des muscles de la mimique (thalamus optique).

V. — *Un cas d'arrêts multiples de développement;* par le Dr Ditige Tirelli (numéro de juin). — Histoire clinique résumée d'une fille de dix-huit ans, qui, porteuse de multiples tares tératologiques (fistules des oreilles, du cou, etc.), impulsive et imbécile, parvient à un état de déchéance physique et psychique extrême et meurt dans le marasme. L'auteur développe les rapports qui existent entre les manifestations somatiques et les manifestations psychiques de l'arrêt de développement et signale l'utilité d'étudier au point de vue anthropologique et mental les sujets qui présentent des anomalies de développement physique.

VI. — *Recherches expérimentales sur les lésions anatomo-histologiques du système nerveux consécutives à l'empoisonnement par le curare;* par le Dr Sfameni Antonino (numéro de juin). — Séries d'expériences et d'examens histologiques portant sur plusieurs espèces (grenouille, rat, lapin, etc.) et sur les différentes parties du système nerveux. Conclusions :

Les altérations du système nerveux central consécutives à l'action du curare sont évidentes dans l'empoisonnement chronique; elles intéressent par ordre décroissant : 1° les cellules de la substance grise de la moelle épinière; 2° les cellules du cortex cérébral; 3° les cellules de Purkinje; 4° les cellules des noyaux bulbaires. Ces altérations, sont : A, irrégularité de forme, dimension, disposition, et coloration dans les granules de chromatine; B, vacuolisation du protoplasma allant jusqu'à sa destruction presque totale; C, état granuleux du noyau et quelquefois destruction du noyau et du nucléole.

Dans l'empoisonnement aigu, les modifications subites des cellules du système nerveux central sont : A, augmentation notable de la chromatine du protoplasma qui se présente sous forme de granules gros et abondants; B, raréfaction du protoplasma à la périphérie avec quelques vacuoles; C, aspect vésiculaire du noyau avec réticule autour du nucléole. Ces lésions n'intéressent pas les ganglions intervertébraux, les fibres des cordons de la moelle, les terminaisons nerveuses, ni dans l'empoisonnement aigu, ni dans l'empoisonnement chronique. Dans les terminaisons motrices, selon toute probabilité l'action du curare se localise dans la substance granuleuse et les noyaux fondamentaux; la nature intime des échanges qui se produisent dans cette substance n'est pas connue.

VII. — *Contribution anatomo-clinique à la casuistique des*

gliomes cérébraux et à l'étude des fonctions des lobes frontaux; par le Dr Francesco Burzio (numéro de septembre). — Observation d'un homme de cinquante-six ans, qui, dans l'espace de moins d'une année, parvient progressivement aux dernières limites de la démence, après avoir été tout d'abord atteint dans les facultés les plus élevées de l'intelligence (perte de la mémoire, du critérium de la propriété, de la faculté d'orientation, etc.).

Après un ensemble de symptômes somatiques variés (nausées, vomissements, convulsions, céphalées, ictus apoplectiforme), le malade meurt, et son autopsie révèle un néoplasme gliomateux intéressant la presque totalité des lobes frontaux et paraissant avoir procédé dans son évolution, d'avant en arrière. L'auteur voit justement dans ce cas la confirmation de la théorie qui « localise dans les lobes frontaux et plus particulièrement dans leur portion antérieure le siège des facultés psychiques élevées ».

VIII. — *Les terminaisons nerveuses des papilles cutanées et du stratus subpapillaire dans les régions plantaires et digitales du chien, du chat et du singe;* par le Dr Pasquale Sfameni (numéro de septembre). — L'analyse résumée de ce travail qui fait suite à une note antérieure sur les « *Organes nerveux terminaux de Ruffini et les corpuscules de Paccini étudiés dans les extrémités digitales et la région plantaire du chien, du chat et du singe* (1898) », est présentée par l'auteur lui-même dans les conclusions suivantes :

« De mes recherches histologiques, il ressort clairement que les organes nerveux terminaux de Ruffini se trouvent constamment et en abondance dans le tissu conjonctif sous-cutané des extrémités digitales et de la région plantaire du chien, du chat, du singe et de l'homme. Ils présentent d'un animal à l'autre quelques petites différences. Les corpuscules de Paccini manquent complètement, ou se trouvent en petit nombre chez le chien : chez les autres animaux, on les rencontre en abondance avec une structure d'autant plus complexe qu'on s'élève davantage dans l'échelle zoologique. Très simples et rares chez le chien, ils deviennent nombreux et compliqués chez le singe et chez l'homme.

« La même complexité graduelle se rencontre dans quelques formes des terminaisons nerveuses des papilles : chez le chien et le chat, on trouve des *massues* de Krauze très simples; chez le singe et l'homme, on voit les corpuscules de Meissner qui

sont considérés comme la forme la plus complexe et la plus parfaite des terminaisons nerveuses tactiles, en portant précisément des simples massues de Krauze, et des corpuscules de Grondry.

« Pour les autres terminaisons nerveuses, des papilles et du stratus subpapillaire, il n'existe que des différences légères d'un animal à l'autre.

« Ainsi que l'ont dit Ruffini d'abord et l'auteur, — et que paraît l'admettre l'opinion générale, — il n'y a pas de doute que les organes nerveux terminaux (corpuscules de Paccini, massues de Krauze et corpuscules de Meissner) ne soient de pures terminaisons sensitives.

« Une notable divergence existe entre les vues de Ruffini et celles de l'auteur, touchant la fonction des réseaux nerveux amyéliniques intra et subpapillaires. Pour le premier, ces terminaisons nerveuses sont destinées à l'innervation des vaisseaux sanguins (capillaires), et sont par conséquent de nature vasomotrice; pour l'auteur, au contraire, non seulement ces terminaisons ne seraient pas de nature *vaso-motrice*, mais elles ne se distribueraient pas même dans le réseau capillaire, et seraient de nature *sensitive*. »

IX. — *Sur les altérations rencontrées dans la myosite aiguë expérimentale produite par une variété de staphylocoque ;* par le Dr C. Martinotti (numéro de septembre). — Dans des recherches antérieures qu'il rappelle ici, l'auteur a découvert, au milieu de microorganismes divers qui pullulaient dans le pus d'abcès rénaux chez un dément, un microorganisme ayant les apparences du *staphylocoque pyogenes aureus*, mais dont l'action particulière, étudiée depuis, a paru digne d'une nouvelle communication. Les injections chez les lapins, de la culture de ce microorganisme, ont produit les phénomènes suivants : prostration, impatience, amaigrissement rapide, et mort. A l'autopsie, abcès nombreux irrégulièrement distribués dans différents organes (foie, rein, etc.), mais dans tous les cas atrophie musculaire profonde avec abcès disséminés dans la plupart des muscles et dans le myocarde, abcès farcis du même microorganisme, que l'auteur pour cette raison propose de désigner sous le nom de *staphylococcus polymyositis*.

X. — *Psycho-pathologie du palais. Observations et expertises*; par le Pr Marro (numéro de septembre). — Suite d'observations intéressantes tirées de la pratique médico-légale. Il s'agit ici d'une hystéro-épileptique de vingt-huit ans,

inculpée de vol, pour laquelle l'auteur conclut à l'irresponsabilité légale.

XI. — *Altérations du mouvement chez les épileptiques dans les périodes intervallaires* ; par le Dr L. Roncoroni (numéro de décembre). — 1° Les altérations du mouvement avec caractère de *déficience*. Revue de soixante-quatre observations d'épileptiques examinés surtout au point de vue des mouvements spontanés et réflexes (écriture, parole, réflexes pupillaire, pharyngien, rotulien, mouvements de la face, des membres, etc.), de laquelle il ressort que ces altérations cynétiques sont intimement liées aux accès convulsifs, qu'elles ont un rapport certain avec leur fréquence et leur gravité, qu'elles peuvent persister indépendamment de ces accès, comme un résidu de ces accès pour ainsi dire; qu'elles sont essentiellement dépendantes des lésions anatomiques permanentes que l'accès épileptique détermine dans le système nerveux central; qu'elles intéressent essentiellement les territoires des nerfs craniens et beaucoup moins ceux des nerfs rachidiens (nouvelle preuve que l'épilepsie reconnaît pour siège de ses lésions l'encéphale, et non les segments inférieurs de l'axe cérébro-spinal); qu'enfin ces altérations cynétiques de déficience peuvent servir comme preuve de la préexistence d'une période de la vie tourmentée par des accès épileptiques, et comme élément de diagnostic de la simulation de l'épilepsie, d'où leur importance au point de vue médico-légal; — 2° l'incoordination des mouvements étudiés avec le *cinétassographe*. Cet instrument, du genre des enregistreurs Marey, mis en relation avec les mains et les pieds du sujet en expérience, et pourvu d'un métronome battant de 40 à 208 par seconde, permet d'enregistrer à des vitesses croissantes le temps des mouvements rythmiques simples ou associés. En faisant accélérer progressivement la vitesse de ces mouvements, il arrive un moment où ils ne sont plus coordonnés, c'est ce que l'auteur appelle *l'indice de coordination*. Il a pu établir que chez les sujets normaux cet indice ne varie pas et qu'il se tient entre 88 et 104, et que chez les épileptiques il est généralement inférieur à la normale (72-88); qu'il s'abaisse particulièrement chez les femmes, et surtout dans les formes vertigineuses; que généralement (sauf dans les formes vertigineuses) l'accès n'a pas d'influence durable sur la coordination des mouvements, et que sept heures après l'accès l'indice de coordination est déjà revenu au chiffre habituel de la période intervallaire.

XII. — *Altérations du système nerveux dans un cas de*

phrénose pellagreuse ; par le Dr Enrico Rossi (numéro de décembre). — L'auteur considère seulement les travaux de Babbes, Sion, Marinesco, limités aux centres nerveux, comme une simple contribution aux études et recherches microscopiques que lui-même a publiées dans cette Revue pendant les années 1898 et 1899. Il se propose en particulier d'éclairer la question de l'anatomie pathologique du système nerveux périphérique, encore obscure : les lésions recherchées et trouvées dans presque tous les nerfs périphériques (prolifération, puis destruction des noyaux des cellules, *de la gaine de Schwann*, irrégularité et granulation des fibres du *cylindre-axe*, prolifération du *tissu conjonctif*, atrophie et détachement du filament cylindraxile pour les plaques motrices dans les terminaisons nerveuses des muscles et des tendons), dénotent une profonde altération *inflammatoire dégénérative* pour le système nerveux périphérique comme pour le système nerveux central. En somme, polynévrite. Faut-il voir dans l'intoxication pellagreuse la conséquence d'un poison exogène alimentaire dû au maïs avarié ? — ou plutôt faut-il admettre que la substance toxique est fabriquée dans l'organisme même, grâce à l'état de cachexie produit par la pellagre? — L'auteur, en rapprochant tous les symptômes qui constituent le tableau clinique et anatomique de son cas, et qu'on retrouve généralement dans l'alcoolisme, l'ergotisme, le saturnisme et les infections, estime que, *a priori*, on doit reconnaître dans la pellagre une *intoxication exogène* du système nerveux.

XIII. — *Emphysème diffus sous-cutané dans un cas de mélancolie agitée ;* par le Dr Vitige Tirelli (numéro de décembre). — Cette complication rare, puisque l'auteur ne réunit que trois cas analogues au sien dans la littérature médicale, reconnaissait pour cause une lésion pulmonaire consécutive à la tuberculose, et préexistante aux troubles vésaniques.

R. Charon.

BIBLIOGRAPHIE

Fisiologia dell' uomo. Trattato didattico; par le professeur Luigi Luiciani, Tome I. Physiologie générale. Physiologie des organes de la vie végétative. 1 vol. in-8° avec 386 fig. en noir et en couleur dans le texte. Milano, Soc. éditrice libraria, 1901.

L'œuvre nouvelle de Louis Luciani, à en juger par ce premier volume, sera un des plus beaux monuments élevés à la physiologie de l'homme. Le second volume traitera de la physiologie des muscles et du système nerveux. Celui-ci est consacré à la physiologie des organes de la vie végétative. Il est précédé d'une Introduction magistrale sur les doctrines et les faits de cette province de la biologie qu'on appelle la physiologie générale. La biologie comprend, en effet, trois grands ordres d'études : la *morphologie*, qui étudie les éléments anatomiques, les tissus, organes, appareils et systèmes ; la *physiologie*, qui étudie les fonctions des organismes avec leurs conditions physico-chimiques ; la *biogénie* ou histoire de l'évolution, tant morphologique que fonctionnelle, soit des individus vivants (ontogénie), soit des espèces (phylogénie).

Nous parlerons d'abord de la méthode et du but de l'ouvrage. Quelques remarques critiques suivront cette simple exposition.

Le but de l'illustre professeur de l'Université de Rome est de tous points conforme à la tournure d'esprit des savants italiens : il est surtout pratique. Etre utile aux médecins et même aux étudiants en leur présentant, dans un traité didactique, les plus récents progrès de la science, voilà ce qu'a voulu Luciani. « Un traité de physiologie, écrit-il, devrait être, je crois, un corps de doctrines scientifiques bien ordonnées et bien organisées, propres à former et à féconder les intelligences, non une lourde et fastidieuse suite d'instructions techniques pour l'investigation des phénomènes de la vie. Les méthodes et la pratique expérimentales ne s'apprennent pas dans des traités généraux, mais dans des traités spéciaux, dans des monogra-

phies originales, surtout aux laboratoires. » Si des médecins éprouvent parfois le besoin de lire un chapitre de physiologie, ce n'est point d'ordinaire pour poursuivre des recherches originales sur la matière, mais pour acquérir des notions qui leur permettent de bien interpréter les phénomènes cliniques de signification douteuse qui se présentent dans la pratique. Au lieu de décrire des appareils, Luciani les a montrés dans son texte, où abondent les figures, les diagrammes, les tracés graphiques. Les figures anatomiques en particulier sont d'une beauté et d'une fidélité des plus rares.

Luciani conçoit un traité de physiologie comme une histoire où les faits historiques, physiques et chimiques ne seraient pas simplement rassemblés, mais associés et subordonnés comme dans des organismes vivants, car la physiologie est la science des phénomènes les plus complexes.

Luciani paraît admettre, dans les prolégomènes de cette histoire de la vie, que les expériences, purement négatives, de Pasteur, « ont ruiné le dogme de la génération spontanée » ; il semble incliner du côté du néo-vitalisme. Qui se serait attendu à lire cette phrase apologétique, digne d'un père de l'Eglise, dans un livre du plus illustre professeur de physiologie de l'Italie contemporaine : « En fait, si vraiment la matière brute possède en germes les aptitudes de la vie et de la pensée, mal se comprend pourquoi ce germe ne se développe jamais sans le concours de petites parcelles de matière héréditairement vivante, pourquoi les organismes vivants s'engendrent toujours d'autres organismes vivants, pourquoi on ne voit jamais se former un *homunculus* dans les matras des chimistes sans le concours de l'ovule et du spermatozoïde » ?

En vérité, ce sont là, nous le répétons, des arguments d'apologétique vitaliste, sinon biblique. Pour les anciens Hellènes, pères de l'esprit humain, comme pour toutes les autres races de la famille aryenne, et pour nous-mêmes, par conséquent, la vie avec ses propriétés psychiques, la sensibilité et la pensée, sont des manifestations de la « matière brute » qui, dans certaines conditions, réalisées par le temps et le milieu, devient vivante, et, partant, sent et pense.

De nouvelles combinaisons de la matière, quelle qu'elle soit, résultent des propriétés nouvelles de l'étoffe inconnue dont est fait l'univers, et il n'est certes pas plus intelligible, quoique personne n'en doute, que l'eau, avec ses propriétés nouvelles, résulte d'une combinaison d'hydrogène et d'oxygène, que le

protoplasma vivant d'une combinaison de carbone, d'azote, d'oxygène, d'hydrogène, de soufre, de phosphore, de fer, etc., dont tous les éléments sont donc dans l'air, l'eau et la terre. Les combinaisons organiques, caractéristiques de la matière vivante, ne diffèrent des combinaisons inorganiques que par le degré de complexité, et par conséquent d'instabilité extrême, des édifices moléculaires des albumines, des hydrates de carbone, des graisses.

Ainsi nous n'invoquons pas plus que Luciani l'hypothèse moniste pour expliquer l'inexplicable ; nous n'étendons pas la vie, la sensibilité et la pensée aux derniers éléments de la matière ; nous croyons que ces propriétés de la matière vivante n'apparaissent qu'au cours des évolutions cosmiques, quand les conditions s'en trouvent réalisées sur une planète dont la croûte s'est solidifiée et dont les mers recouvrent d'immenses étendues, conditions réductibles à des considérations de pure mécanique, à des considérations physico-chimiques et dont la durée et la permanence sont relativement brèves, presque éphémères, au regard du règne de l'inorganique.

Nous devons signaler chez Luciani d'autres idées de physiologie générale qui nous permettraient peut-être d'incliner plus décidément dans son sens. Luciani admet l'existence de phénomènes psychiques conscients et inconscients. Les premiers seraient l'aspect subjectif d'excitations physiologiques correspondantes, ou, comme il s'exprime, corrélatives ; les seconds posséderaient aussi un aspect psychique qui « pour notre raison ne se révèle pas nettement à l'introspection, quoiqu'il concoure à la formation du contenu de la conscience ».

Nous ne pouvons apercevoir, cependant, de quelle valeur explicative est ce dualisme qui, sous forme d'états corrélatifs, perpétue la distinction scholastique des états de conscience et de leurs conditions organiques, c'est-à-dire anatomiques et physiologiques. Ce qui sent et pense, c'est le neurone. Il est donc toujours conscient de ses états physiologiques. L'inconscient n'existe pas : c'est de la conscience crépusculaire ou obscure. Les états négatifs ne sont pas ; ils ne sont qu'inférés par un artifice logique.

Ces réserves faites sur l'emploi de mots évoquant une notion dualiste, je serais plus tenté de donner les mains à Luciani lorsqu'il croit les phénomènes ontogéniques corrélatifs d'une « mémoire inconsciente » propre au protoplasma et qu'il attribue les phénomènes phylogéniques à une sorte de projection

d'images ancestrales également « inconscientes ». A coup sûr, cette mémoire de la matière vivante, organisée, est un fait. Quant à sa nature, les mots d'inconscient et de conscient ne servent en rien à nous le rendre plus intelligible dans son essence et dans son mécanisme. La conscience, simple état physiologique de ce qui vit, n'est d'ailleurs jamais une cause, mais toujours un effet.

La *Physiologie générale* est suivie de la *Physiologie des organes de la vie végétative*: Éléments morphologiques du sang et plasma sanguin ; cœur et nerfs cardiaques ; cellules musculaires et nerfs vaso-moteurs ; lymphe et échanges du sang et des tissus ; respiration ; sécrétions internes protectrices ; sécrétions externes digestives ; phénomènes mécaniques et chimiques de la digestion buccale, gastrique, intestinale ; l'émonctoire intestinal ; genèse des produits cataboliques de l'urine et appareil uropoiétique ; la peau et les glandes annexes.

JULES SOURY.

I precursori di Lombroso (Les précurseurs de Lombroso) ; par le Dr G. Antonini, médecin, directeur de l'asile de Pavie. 1 vol. in-8°. Bocca frères, éditeurs, Turin, 1900.

Expression des plus heureuses de l'éditorerie contemporaine, par l'élégance extérieure, la beauté du papier, le choix des caractères, la profusion des gravures anciennes émaillant le texte, ce volume constitue la vingt-deuxième publication de la *Petite bibliothèque des Sciences modernes.*

Digne en tous points de la forme matérielle, le style coloré, souple et précis à la fois, prête un charme supplémentaire à la pensée directrice de l'ouvrage, déjà si attrayante par elle-même.

Dans une brève introduction, l'auteur définit ses intentions, accuse son but : « C'est, dit-il, d'appeler, après un résumé des théories lombrosiennes, l'attention publique sur celles d'entre les géniales conceptions du Maître qui furent entrevues par les anciens, — de démontrer que l'anthropologie criminelle ne procède point, comme Minerve en armes, de la volonté d'un seul homme, mais que le génie de cet homme sut recueillir, coordonner, classer, — accélérer, en un mot, l'évolution d'une doctrine..... qui eut, à tous les âges et dans toutes les catégories d'observateurs, des représentants capables, à l'égard du Vrai,

de prescience et d'intuition... » Et ceci, afin de calmer les émotions et les défiances de gens qui, même cultivés, s'effraient des audaces de l'école nouvelle, craignent de voir le droit pénal en ruines, le crime impuni désormais, et la société sans moyen de défense, par la faute exclusive d'un esprit sujet à l'erreur, égaré d'illusions, aveuglé d'une opinion préconçue.

Le premier chapitre donne donc un exposé succinct de la doctrine anthropo-criminaliste, d'après l'*Uomo delinquente*, édition 1897 ; nous n'y insisterons pas et passerons tout de suite au chapitre II, intitulé : *Les précurseurs dans l'Antiquité et le Moyen Age*. Leur nombre est considérable, en ce sens que, parmi les philosophes anciens, il en est peu dont les doctrines ne portent en germe quelqu'une des opinions actuellement admises : Anaximandre, Héraclite et Empédocle conçoivent, les premiers, les notions de lutte vitale et de sélection naturelle; Démocrite fonde la théorie atomique; Epicure admet le perfectionnement matériel des êtres et, par suite, une sorte de transformisme rudimentaire, etc. Au moyen âge, la médecine et la philosophie demeurent stationnaires; il faut traverser la Renaissance et arriver à Descartes pour faire un pas décisif : « L'esprit, dit en substance ce philosophe, dépend tellement des organes corporels, qu'on devrait, à mon avis, chercher dans la médecine seule le moyen de rendre l'homme plus sage et plus habile... » Spinoza et Leibnitz sont les vrais initiateurs de la théorie juridique lombrosienne, le premier surtout, qui soutient que les mouvements de l'âme ne sont pas plus libres que ceux du corps et que le présent n'est qu'une résultante du passé. Pascal, Helvetius, Stuart Mill apportent leur pierre à l'édifice... Avec Auguste Comte, qui fonde la sociologie, la philosophie cède à la science positive; Lamark, Spencer et Darwin formulent, enfin, les vérités, bases actuelles de l'anthropologie et du droit pénal moderne.

La physionomie fut de tout temps considérée, aussi bien que les formes extérieures générales, comme susceptible de révéler la nature intime de l'homme : Homère, Pythagore, Socrate, Platon, dans leurs écrits ou leurs doctrines, témoignent de ces croyances; Aristote rédige un traité sur la matière; Cicéron, Tacite, Suétone, Sénèque émettent des opinions conformes, et les Pères de l'Eglise également. Le moyen âge s'occupa, surtout, d'astrologie judiciaire, de chiromancie de métoposcopie, étayant sur de faibles parcelles d'observation et de vérité des systèmes d'une bizarrerie puérile.

Le chapitre III est consacré à G. Grataroli et à J. B. Della Porta, tous deux Italiens, tous deux contemporains, bien que probablement inconnus l'un à l'autre; on pourrait les surnommer : les ancêtres de la Physiognomique pure ; chacun publie de son côté, à peu d'années d'intervalle (1554 et 1586), un ouvrage sur cette science, déjà complètement dégagé de toutes préoccupations astrologiques. Quoique d'inégale importance et surtout d'inégale valeur, ces travaux n'en contiennent pas moins respectivement des remarques sagaces, des indications précieuses et telles que certaines des conclusions en découlant sont encore acceptées aujourd'hui.

Chapitre IV. *Les physionomistes au* XVII^e^ *siècle* sont nombreux, sinon d'une originalité bien personnelles, les uns ayant suivi simplement les traces de J. B. Della Porta, les autres ayant repris et commenté à leur façon les principes d'Aristote. Parmi eux, il convient, cependant, de citer Gherardelli, auteur d'une Céphalogie physionomique (1674), et Samuel Fuchs, qui, dès 1615, publiait à Bruxelles un traité de métoposcopie et d'ophtalmoscopie. Il y faut joindre Honoré Niquet, jésuite imbu des théories aristotéliciennes, dont l'ouvrage sur la physiognomie humaine (1648) présente cette définition, admissible encore pour l'Anthropologie criminelle moderne : « La Physiognomique est la faculté spéculative qui, au moyen des signes somatiques apparents ou connus, détermine les passions naturelles et les propensions des hommes. »

A noter, aussi, dans le même ouvrage, des velléités de comparaisons anatomiques entre l'homme et le singe, et une intuition déjà nette de l'évolution du système nerveux dans la série animale. « ... Si l'homme possède la raison, c'est à cause de son plus grand volume cérébral ; et ceux d'entre les animaux qui — le singe par exemple — sont le plus près de la raison, possèdent aussi un cerveau plus développé. »

Du même Niquet, également, un parallèle physique et moral entre les deux sexes, digne avant-propos des doctrines exposées, en 1894, par les auteurs de la *Donna delinquente*, et une observation en parfaite harmonie avec celles de Morel sur la descendance dans certaines familles. Ces quelques traits témoignent de la place importante qu'on ne saurait refuser à cet écrivain dans l'histoire de l'épanouissement scientifique criminaliste.

Chapitre V. *Phrénologues et Aliénistes.* La fin du XVII^e^ siècle vit éclore les systèmes de deux observateurs remar-

quables, avant-coureurs immédiats de l'école anthropologique moderne. Il s'agit de Lavater et de Gall. Pour l'un et l'autre, le crâne est chez l'homme la partie la plus importante, la plus digne d'examen. Lavater voit dans la cranioscopie une branche essentielle de la physionomique, et, développant le domaine de celle-ci, établit par la comparaison méthodique des crânes et des individus, que « la nature suit des lois invariables et conforme toutes ses productions à un seul prototype, ou, en d'autres termes, que les mêmes formes se rencontrent toujours dans les êtres doués des mêmes forces ». Par l'étude de la *silhouette*, il découvre, avant Camper, la valeur de l'angle facial, déterminé, suivant lui, par deux lignes, partant de l'extrémité du nez, et tangentes l'une à la pointe externe de l'œil, l'autre à la première molaire.

Gall, ayant cru remarquer un rapport direct entre la prédominance de certains territoires craniens et celle de diverses qualités intellectuelles, regarda comme congénitales et dépendantes de la structure anatomique les fonctions de l'âme humaine, et, après des recherches longues et patientes, aboutit à cette conclusion que « le cerveau n'est pas un organe unique, mais bien un assemblage d'autant d'organes spéciaux qu'il existe de facultés actives chez un individu donné ».

Gall étudie non seulement l'homme normal, mais aussi le criminel, et détermine les caractères craniens de l'un et de l'autre : entre le premier et l'homicide, par exemple, les distinctions sont aussi remarquables, aussi nettes que celles séparant l'herbivore du carnivore : il y a donc des traits particuliers et constants qui singularisent le criminel; d'où il suit que, pour Gall, comme pour Lombroso de nos jours, la criminalité résulte de l'organisme; de là, aussi, cette conclusion logique et humaine : « La mesure de la culpabilité et la mesure de la peine ne doivent ni découler de la matérialité de l'acte, ni d'une punition préétablie, mais uniquement de la situation du fauteur. »

Gall eut comme continuateurs dignes de mémoire, Spurzheim, Camper, Ottin, etc.

Le chapitre se clôt par l'historique et l'exposé compendieux des travaux de Morel sur la Dégénérescence. Jusqu'à lui, l'hérédité pathologique ne s'admettait que pour des maladies similaires; le premier, « il démontra que la transmission héréditaire d'une dégénérescence ne consiste pas dans la reproduction rigoureuse de la déviation pathologique observée chez les

ascendants, mais dans certaines modifications générales, fâcheuses pour la constitution, pour le fonctionnement régulier de l'organisme psycho-physique, chez les descendants ». L'hérédité dégénérative rend inapte à la vie courante et crée, ainsi, par affaiblissement moral ou insuffisance intellectuelle, des dévoyés de toute nature. C'est là le point par où Lombroso se joint à Morel. L'œuvre de celui-ci, reprise, complétée, fouillée par le savant italien, appliquée par lui à la criminalité, a versé, de la sorte, une vive lumière sur les sciences philosophiques, juridiques et sociales.

Chapitre VI. *Les précurseurs dans l'art. Psycho-pathologie du génie.* Bien antérieurement à l'essor de l'école lombrosienne, les artistes avaient noté, dans leurs reproductions ou leurs représentations idéales de types criminels, certaines anomalies que cette école donne précisément comme caractéristiques; il suffit de courir les musées et de remarquer, par exemple, les figures du bon et du mauvais larrons, de Judas, de Satan, des mauvais anges, etc. Longtemps, aussi, avant Lombroso, des esprits éminents avaient assimilé le génie à une névrose, à une variété particulière de troubles cérébraux. C'est ainsi que Lélut publiait, dès 1836, le *Démon de Socrate* et, dix ans plus tard, l'*Amulette de Pascal*, ouvrages destinés à prouver que l'un et l'autre de ces philosophes étaient hallucinés. Moreau (de Tours), en 1859, cherche à démontrer que « les hommes qui, par la supériorité de leur intelligence et les manifestations de leur génie ont légué à la postérité un nom entouré d'admiration et de respect, étaient incontestablement affectés de maladies nerveuses... » En 1861, Brierre de Boismont, après Calmeil, du reste, s'attaque à la personnalité de Jeanne d'Arc et en fait une hallucinée, une folle de génie...

Tels sont les principaux Précurseurs de Lombroso : sa gloire n'est donc que d'avoir forgé, de toutes pièces, sa théorie, d'avoir vu mieux et plus loin que d'autres; elle consiste, surtout, dans sa foi au succès de la vérité, dans son énergie à l'encontre de toutes les résistances, dans sa puissance d'organisation et de diffusion mise au service de ses idées.

Dr Nicoulau.

Demenza precoce (Démence précoce); par le Dr Lorenzo Mandalari, directeur du Manicome privé de Messine. 1 vol. in-8°. Naples, Tocco, 1901.

Mémoire original, copieux et bien ordonné, qui peut se diviser en trois parties : Exposé et critique de la doctrine de la *Démence précoce*, Recueil d'observations personnelles, Discussion et conclusions.

« L'histoire de la *Démence précoce*, dit l'auteur au début de son livre, s'avance toujours dans un fouillis de contradictions et d'incertitudes. » L'école allemande avec Kræpelin a forgé cette affection nouvelle avec « les dépouilles de l'*hébéphrémie* et de la *catatonie* » ; d'autres ont constitué une troisième variété *paranoïde* avec la substance des formes « fantasques et polymorphes des délires des dégénérés » — et pour nous — en admettant « sans discussion qu'il y ait lieu de reconnaître un syndrome « dit démence précoce, nous pensons qu'il y aurait lieu de con- « sidérer deux autres variétés : variété *aboulique* et variété « *asthénique* ». L'auteur cependant s'élève contre la tendance des auteurs français à créer de nouvelles variétés de la démence précoce, tendance qui s'explique facilement si l'on songe à la difficulté d'enfermer dans un cadre étroit une affection dont le seul caractère constant est un symptôme, le plus banal de tous, qu'on trouve tôt ou tard au cours de toutes les affections mentales : la démence. Sans compter que les auteurs les plus autorisés sont amenés à reconnaître que cette démence est en réalité une *subdémence*. Il développe, avec un sens casuistique très net, les arguments qui tendent à faire ressortir la difficulté d'établir cliniquement, aussi bien pour la *démence précoce* que pour la *confusion mentale*, des entités morbides avec la substance de simples *complexus symptomatiques*.

L'étude des 35 observations qui constituent sa pratique personnelle, qu'il nous présente avec des photographies de détail et des photographies d'ensemble, pour chacun des trois groupes, *constitutionnel*, *vésanique* et *incertain* (selon l'ordre de symptômes prédominants), conduit le Dr Mandalari aux conclusions suivantes, qui nous paraissent devoir être reproduites en entier :

1° Dans le groupe constitutionnel masculin de l'affection *dite démence précoce*, prédominent les formes à base phrénasthénique avec paranoïa fantasque. Pas de formes asthéniques. Causes occasionnelles nulles ou futiles; affaiblissement intel-

lectuel rarement étendu ou complet. Age moyen de début : dix-neuf ans.

2° Dans le groupe constitutionnel féminin dominent les variétés *hébéphrénique* et *catatonique*. Pas de formes paranoïques. Causes occasionnelles plus apparentes et affaiblissement intellectuel plus accentué que dans le groupe précédent. Age moyen de début : dix-sept ans.

3° Dans le groupe vésanique masculin prédominent les variétés aboulique, catatonique, asthénique; la démence est plus ou moins complète; l'origine n'est jamais phrénasthénique, les causes occasionnelles fréquentes. Age moyen de début : vingt-deux ou vingt-trois ans.

4° Dans le groupe vésanique féminin, l'origine de l'affection reconnaît toujours une date sûre; les formes asthénique et aboulique prédominent. La démence est souvent progressive et complète. Les causes occasionnelles — spécialement la frayeur — sont encore plus fréquentes que dans le groupe précédent. Age moyen de début : vingt ans.

Après avoir montré au cours de ses observations, que dans la démence précoce on ne saurait distinguer le symptôme hébéphrénique de l'hébéphrénie, non plus que le symptôme catatonique de la catatonie; que les variétés vésaniques se confondent avec la démence primitive, l'amentia, la mélancolie stupide; que la variété aboulique ne peut être distinguée des anomalies congénitales de la volonté et des infirmités psychiques post-vésaniques, que la variété paranoïde se confond avec toutes les paranoïa dégénératives; que la variété asthénique ne se différencie pas de l'amence stupide ou confusionnelle; qu'enfin, les démences précoces étant progressives, il n'est pas possible, à un certain point de leur évolution, de les distinguer des démences secondaires ou terminales, l'auteur termine par cette conclusion générale : « La démence précoce comme forme clinique *a se* et *per se* n'a pas droit à une place spéciale dans la classification psychiatrique..... Il n'y a pas, selon nous, une démence précoce; mais il y a des démences précoces au titre de syndromes génériques, plus ou moins répandus dans les divers groupes psychopathiques, avec prédilection pour ceux qui relèvent de la folie et de l'anomalie. »

R. Charon.

Treatment by hypnotism and suggestion, or psychotherapeutics (Traitement par l'hypnotisme et la suggestion, ou psychothérapie) ; par le Dr C. Lloyd Tuckey. In-8° de 375 pages ; 4e édition, Baillière, Tyndall and Cox, London, 1900.

Ce livre parvenu à sa quatrième édition, preuve du succès qu'il a rencontré auprès des lecteurs de langue anglaise, présente un résumé assez complet de la médication suggestive. L'auteur, après s'être réclamé de la doctrine du Dr Liébault, à qui il dédie son ouvrage, commence par un court historique des études contemporaines sur l'hypnotisme et la suggestion. Ce chapitre est court et sa revue bibliographique fort incomplète, ce dont l'auteur s'excuse en invoquant, pour circonstances atténuantes, l'immense et rapide floraison de la littérature hypnotique avant 1890, surtout en France. Dans les chapitres subséquents il étudie successivement l'action de l'esprit sur le corps ; les effets de l'attention concentrée sur une seule idée dans le somnambulisme ; la possibilité d'appliquer ce dernier, lorsqu'il est provoqué, à la cure des maladies, et enfin les modifications qui surviennent dans le fonctionnement des facultés pendant le sommeil hypnotique.

Vient ensuite l'exposé de la doctrine de Liébault et la description de son traitement. Quelques considérations prennent ici place sur les divergences de l'école de la Salpêtrière et de Nancy, les préférences de l'auteur allant à cette dernière.

Dans une autre partie de l'ouvrage, M. Lloyd Tuckey examine quelles sont les maladies qui sont justiciables de la suggestion hypnotique, et, avec la majorité des auteurs, il reconnaît que ce mode de traitement s'applique surtout aux maladies nerveuses, parmi lesquelles il distingue l'hystérie, l'hypocondrie, la dipsomanie, la morphinomanie, la dépravation morale. Il pose, à cette occasion, les règles qui doivent présider à tout traitement hypnotique et met en garde contre certains dangers de cette médication.

Plusieurs chapitres sont consacrés à la *physiologie* de l'hypnotisme, c'est-à-dire aux doctrines physiologiques qui ont été invoquées pour expliquer les phénomènes observés pendant le sommeil provoqué.

Enfin, le livre se termine par l'exposé succinct de soixante-quatre guérisons, dont trente et une propres à l'auteur, de maladies nerveuses les plus diverses, et de quelques autres encore.

A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Thirtieth annual report of the Buffalo state hospital to the state commission in Lunacy for the year ending September 30th, 1900. 64 pages in-8° avec planches. Albany, James B. Lyon, 1901.

— Anatomie cérébrale et psychologie. Etude critique, par Jules Soury. 20 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1901.

— Tenth annual report of the managers of the Rochester state hospital to the state commission in Lunacy for the year ending September 30th, 1900. 52 pages in-8° avec planches. Albany, James B. Lyon, 1901.

— O alienado no direito civil Brasileiro apontamentos medico-legaes as projecto de codigo civil ; par le Dr Nina-Rodrigues, professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia. 270 pages in-8°. Bahia, Frudemio de Carvalho, 1901.

— The seventy-fourth annual report of James Murray's royal Asylum, Perth. 55 pages in-8°. Perth. Young and sons, 1901.

— Necessità di istituitire scuole speciali per l'educazione dei deficienti, in conformità delle moderne esigenze ; par le Dr Cesare Colucci. 7 pages in-8°. Naples, 1901.

— Les émotions, par G. Sergi. 1 vol. in-12 (460 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1901.

— Asile de Maréville. Rapport médical sur la division des hommes pour l'année 1900 ; le Dr Vernet, médecin en chef. 21 pages in-8°. Nancy, 1901.

— La mémoire ; par J.-G. van Biervliet. I vol. in-12 (352 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris. Octave Doin, 1902.

— La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste. Rapport par le Dr Jul. Morel. 26 pages in-8°. Amsterdam, 1901.

— La morale. Fondements psycho-sociologiques d'une conduite rationnelle ; par G.-L. Duprat. 1 vol. in-12 (400 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1901.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1902

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 30 décembre 1901, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1902.

Ont été élus :

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

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

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

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

MITIVIÉ (Albert), médecin, 19, rue de Bourgogne. — 22 *avril* 1863.

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

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, 6, rue Scheffer. — 27 *mars* 1899.

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

BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 *mai* 1883.

BLIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *mai* 1889.

BOISSIER (François), médecin, 10, rue Castéja, Billancourt (Seine), 29 *octobre* 1894.

BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 *janvier* 1880.

BRIAND (Marcel), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *juillet* 1881.

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 29, rue de Condé. — 30 *janvier* 1860.

CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 *mai* 1881.

CHASLIN (Ph.), médecin de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 *mai* 1887.

CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 *juin* 1865.

DENY, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 *décembre* 1897.

DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 *mai* 1885.

DUPAIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

FALRET (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 *mars* 1854.

FEBVRÉ, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 *février* 1889.

FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 *juin* 1883.

GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 *juillet* 1881.

GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 *février* 1877.

HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 *novembre* 1890.

JANET (Pierre), médecin, professeur remplaçant au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 *janvier* 1895.

JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 195, boul. Saint-Germain. — 25 *mai* 1891.

KLIPPEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 *novembre* 1893.

LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 *juillet* 1888.

LEGRAS, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, passage Saulnier. — 26 *décembre* 1898.

MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 *novembre* 1871.

MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 *mars* 1888.

MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 *mars* 1877.

MOTET (A.), médecin-directeur de la maison de santé, membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne. — 24 *février* 1862.

NAGEOTTE, médecin suppléant de Bicêtre, 5, rue Vavin. — 25 *juillet* 1898.

PACTET, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 29 *février* 1892.

POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 *février* 1888.

RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 *novembre* 1884.

RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 *novembre* 1896.

RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 *mars* 1876.

ROUBINOVITCH (G.), médecin suppléant de la Salpêtrière, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 *juin* 1892.

ROUSSEL (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 *novembre* 1889.

SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes. — 28 *juillet* 1884.

SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 *décembre* 1890.

SÉRIEUX (Paul), médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 *janvier* 1892.

SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 *mai* 1891.

TAGUET, médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 15 *novembre* 1875.

TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 *janvier* 1887.

TOULOUSE, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 27 *juin* 1892.

VALLON (Ch.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 12 *mars* 1883.

VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 *novembre* 1879.

MEMBRES CORRESPONDANTS

ANGLADE, médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne). — 31 *juillet* 1899.

ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 *novembre* 1880.

BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 27 *février* 1882.

BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 30, rue Miromesnil, Paris. — 27 *novembre* 1899.

BEUGNIES-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — 25 *mai* 1891.

BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 *juin* 1880.

BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — 28 *janvier* 1889.

BOETEAU, médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 *juin* 1892.

BONNET, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère). — 25 *janvier* 1892.

BOUBILA, médecin en chef à l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.

BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille (Nord). — 12 *mars* 1894.

BOURDIN (V.), médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre). — 28 *juin* 1897.

BRETON, médecin, 15, place Darçy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 *novembre* 1899.

CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 *mars* 1866.

CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 *janvier* 1884.

CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure, Moulins (Allier). — 27 *juin* 1898.

COLIN (H.), médecin en chef des asiles de la Seine. — 29 *février* 1892.

COULON, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 30 *janvier* 1899.

CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 *juin* 1879.

DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 *octobre* 1868.

DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1er *juin* 1896.

DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 *mars* 1871.

DELAPORTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 23 *février* 1891.

DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 *novembre* 1888.

DHEUR, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 *février* 1898.

DIDE (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de St-Méen, près de Rennes (Ille-et-Vilaine. — 28 *janvier* 1901.

DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 27 *mars* 1870.

DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 *novembre* 1890.

DUFOUR, député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 27 *novembre* 1871.

DUMAS, médecin, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 *juillet* 1890.

DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 *février* 1891.

DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, 47, rue Saint-Georges, Paris. — 26 *décembre* 1898.

FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1880.

FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 *janvier* 1857.

GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 *janvier* 1878.

GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 *janvier* 1889.

GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 *mai* 1882.

GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 *février* 1896.

GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 *février* 1894.

GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 *décembre* 1882.

GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 *juin* 1897.

HANNION, médecin, 40, rue Libergier, Reims (Marne). — 29 *octobre* 1894.

HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 22, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 *mai* 1872.

KÉRAVAL, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord). — 29 *novembre* 1897.

LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 *mai* 1885.

LACHAUX, médecin, 57, rue Saint-Ferréol, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 *décembre* 1894.

LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 *octobre* 1878.

LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 *juillet* 1888.

LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 *bis*, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *février* 1876.

LALANNE, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 *décembre* 1901.

LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *novembre* 1898.

LAPOINTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 25 *juillet* 1881.

LARROQUE (Benjamin), médecin, 1131, Calle Cuyo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 *juillet* 1886.

LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé, Caudéran, près Bordeaux (Gironde). — 24 *juillet* 1893.

LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.

LE FILLIATRE, médecin, 37, Grande-Rue, Villejuif (Seine). — 30 *décembre* 1895.

LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.

LEROY (Raoul), médecin adjoint à l'asile d'Evreux (Eure). — 28 *mars* 1898.

LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 *novembre* 1889.

LWOFF, médecin-directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 20 *janvier* 1893.

MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 *juin* 1879.

MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 *février* 1885.

MARCHAND, médecin adjoint des asiles de la Seine. — 25 *mars* 1901.

MARIE, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *janvier* 1893.

MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 *mai* 1874.

MAUPATÉ, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). — 28 *mai* 1894.

MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 *juillet* 1891.

MORDRET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 26 *mars* 1877.

NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 *février* 1892.

NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 *janvier* 1858.

NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 *février* 1898.

PAILHAS, médecin adjoint de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 *janvier* 1897.

PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 *décembre* 1875.

PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 *novembre* 1872.

PETIT (Gilbert), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 26 *novembre* 1888.

PICARD, médecin, la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 *avril* 1878.

PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — 12 *mars* 1883.

PITRES, doyen de la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 *novembre* 1896.

RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 *décembre* 1888.

RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 *mai* 1900.

RÉGIS (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 *juin* 1881.

REY (Ph.), médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence. (Bouches-du-Rhône). — 25 *février* 1884.

REYNAUD, ancien médecin adjoint des asiles d'aliénés. — 28 *mars* 1881.

RIST (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 *juillet* 1881.

ROUBY, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 *décembre* 1892.

ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.

SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 *mars* 1868.

SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 22, rue Franklin, Lyon (Rhône). — 27 *novembre* 1882.

SIZARET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Pontorson (Manche). — 15 *novembre* 1875.

TATY (Th.), chef du laboratoire de la Clinique des maladies mentales, 4, rue des Prêtres, Lyon (Rhône). — 26 *février* 1901.

TERRIEN, médecin, les Essarts (Vendée). — 24 *décembre* 1898.

THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1897.

THIVET, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 31 *mars* 1890.

TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 *novembre* 1895.

TOY, médecin adjoint de l'asile de Larochegandon (Mayenne). — 25 *janvier* 1897.

TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 29 *juillet* 1895.

TRUELLE, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 25 *novembre* 1901.

VIGOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 *mars* 1893.

WAHL (Maurice), médecin-adjoint des asiles de la Seine. — 22 *juillet* 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

BRESLER, médecin en chef de l'asile de Fribourg-en-Silésie. — 29 *janvier* 1900.

BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblence. — 28 *octobre* 1878.

LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 *novembre* 1889.

MÖBIUS, médecin, Leipzig (Saxe). — 26 *février* 1901.

NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 *novembre* 1893.

NEISSER (Clemens), médecin de l'asile de Leubus. — 28 *mars* 1892.

PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.

SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 *mai* 1888.

TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.

BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morningside, Edimbourg. — 31 *octobre* 1881.

CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 *novembre* 1894.

FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 *novembre* 1894.

GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 *octobre* 1881.

GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 *janvier* 1880.

MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W — 25 *novembre* 1867.

MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 *décembre* 1864.

NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeborough road Guildford. — 31 *octobre* 1881.

PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anne street, Cavendish square, Londres. — 24 *juin* 1895.

ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anne street, Londres. — 31 *octobre* 1881.

ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 *décembre* 1864.

RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 *octobre* 1881.

SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 *octobre* 1881.

SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

SIBBALD (Sir John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse, 3, Saint-Margared's Road, Edimbourg. —

SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Écosse. — 26 *février* 1901.

URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

KRAFFT-EBING (DE), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne. — 25 *mars* 1867.

LAUFENAUER (CH.), professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Budapest (Hongrie). — 11 *novembre* 1889.

OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.

OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld Budapest, — 20 *mai* 1901.

PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.

PILCZ, médecin-adjoint de 1re clinique psychiatrique de Vienne. — 27 *juin* 1898.

SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

BELGIQUE.

CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 *juin* 1884.

DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 *octobre* 1885.

DUCHATEAU, médecin de l'hospice des femmes aliénées, Gand. — 26 *février* 1900.

FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 *décembre* 1894.

LEFEBVRE, professeur émérite à l'Université de Louvain. — 30 *novembre* 1874.

LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 *novembre* 1874.

MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 *décembre* 1875.

MASOIN (Paul), médecin à la colonie de Gheel. — 26 *février* 1901.

MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 26 *octobre* 1874.

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

SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 *octobre* 1899.

VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 *février* 1900.

BRÉSIL.

COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 *juin* 1889.

NINA RODRIGUEZ, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia. — 6 *juin* 1898.

SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 *novembre* 1889.

TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 *novembre* 1883.

CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 *novembre* 1889.

CHAGNON, médecin assistant de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 27 *mars* 1899.

VALLÉE (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 *novembre* 1889.

VILLENEUVE (G.), professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, surintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 *novembre* 1900.

CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 *mars* 1897.

ÉGYPTE.

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

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 *juillet* 1878.

PII Y MOLIST, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. — 31 *janvier* 1859.

SANJUAN, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saragosse. — 26 *juillet* 1897.

ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 *octobre* 1899.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 *novembre* 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, nº 57, Broadway, New-York. — 11 *novembre* 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 *mars* 1895.

ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 *novembre* 1878.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 *mai* 1887.

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

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

ROBINOVITCH (Mlle Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 *octobre* 1899.

GRÈCE.

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

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68A, rue de l'Académie, Athènes. — 30 *octobre* 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 *mai* 1900.

HOLLANDE.

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

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

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

Van Andel, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 *octobre* 1879.

Van der Lith, ancien professeur titulaire et ex-médecin-directeur de l'asile d'Utrecht. — 27 *octobre* 1879.

Van der Swalme, médecin, à Middelbourg. — 27 *octobre* 1879.

Van Persijn, ex-médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 27 *octobre* 1879.

Wellenbergh, médecin, à Amsterdam. — 29 *novembre* 1886.

Ziehen (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université d'Utrecht. — 22 *février* 1897.

Italie.

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

Bini, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.

Cascella (Francesco), médecin du manicome d'Aversa. — 30 *mars* 1896.

Ferrari, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 *juillet* 1901.

Fochi (Camille), médecin du manicome de Colorno. — 28 *juillet* 1884.

Frigerio, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 *novembre* 1883.

Funaioli, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicome de Sienne. — 29 *avril* 1878.

Giacchi, médecin-directeur du manicome provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.

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

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

Mingazzini (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 *décembre* 1895.

Morselli (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathogie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.

Perla, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

Riva, médecin-directeur de l'asile d'Ancone. — 27 *mars* 1882.

Sannicola, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

Sante de Sanctis, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 *mars* 1897.

Seppilli, médecin-directeur du manicome de Brescia. — 27 *mars* 1882.

STACCHINI, vice-directeur du manicome de Florence. — 30 *juillet* 1877.

TAMBURINI, directeur du manicome de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 *juin* 1878.

TONINO, docent de Clinique psychiatrique à Messine. Milan. — 26 *mars* 1866.

VIRGILIO, médecin-directeur du manicome d'Aversa. — 28 *novembre* 1881.

LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ DE).

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

PORTUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 *juillet* 1887.

BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 *octobre* 1894.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 *février* 1890.

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

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 *février* 1889.

PEREZ, médecin de la Maison de santé, Buenos-Ayres. — 30 *juin* 1884.

ROUMANIE.

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

VASCHIDE. — 25 *juin* 1900.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levenstein, Moscou. — 30 *juin* 1884.

BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 *novembre* 1896.

BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 *novembre* 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 *décembre* 1898.

©BIUM

GORSKY (Mme DE). — 29 *octobre* 1888.
GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkow. — 26 *novembre* 1900.
HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 *avril* 1863.
JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile de Orel. — 26 *décembre* 1881.
KOWALEWSKI, professeur, Saint-Pétersbourg. — 31 *mai* 1886.
MIERZEJEWSKI, académicien, Saint-Pétersbourg. — 28 *octobre* 1878.
ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.
POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 *octobre* 1888.
ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.
SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile de Oufa. — 28 *février* 1898.
SOUKHANOFF, privat docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 *juillet* 1896.
SKWORTZOFF (Mlle Nadine). — 25 *juillet* 1881.

SERBIE.

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

SUÈDE ET NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin adjoint de l'asile de Bergen. — 28 *décembre* 1896.
BERLINY, médecin, à Malmö.
BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stockholm. — 27 *octobre* 1884.
LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 *décembre* 1874.
PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 *décembre* 1884.
SALOMON, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 23 *avril* 1863.

SUISSE.

CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.
DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 *mars* 1863.
GODET, médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 *février* 1899.
LADAME (Paul), privat docent à l'Université, 20, rue de Candolle, Genève. — 28 *juillet* 1884.
MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à

l'Université de Genève, médecin-directeur de la Métairie, près Nyon. — 26 *février* 1895.

PACHOUD, médecin de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne. — 28 *mars* 1892.

RABOW, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 *février* 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 26 *décembre* 1898.

TURQUIE.

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

MONGERI (Luigi), médecin-aliéniste de l'hôpital royal italien, 20, rue Cabristan, Constantinople. — 30 *juillet* 1900.

Récapitulation.

Membres	honoraires	4
—	titulaires	46
—	correspondants	99
—	associés étrangers . . .	145
	Total . . .	294

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'octobre 1901 : M. le Dr MUSIN, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme);

M. le Dr RAVIART, médecin adjoint de l'Asile de Dury-lès-Amiens, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières;

M. le Dr THIBAUT, médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.).

— *Arrêtés de novembre* 1901 : M. DENIZET, directeur de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Mozelle), est nommé directeur de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône);

M. BRESSON, directeur de l'asile de Marseille, est nommé directeur de l'asile de Maréville;

M. le Dr PIERRET, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés;

M. le Dr VIALLON, médecin adjoint à l'asile de Bron, est nommé médecin en chef dans le même établissement, en remplacement de M. Pierret;

M. le Dr Papillon, médecin adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin adjoint à l'asile de Bron, en remplacement de M. Viallon;

M. le Dr Castin, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 29 mai 1900), est nommé médecin adjoint à l'asile de Montdevergues;

M. le Dr Bonnier, directeur de l'asile de Maison-Blanche (Seine-et-Oise), est nommé directeur de la Maison Nationale de Charenton, en remplacement de M. Strauss, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire de cet établissement;

M. Druon, directeur de l'Institution nationale des sourdes-muettes de Bordeaux, est nommé directeur de l'asile de Maison-Blanche;

M. le Dr Dupain, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la 2e classe de son grade (6.000 francs);

M. le Dr Terrade, médecin adjoint à l'asile de Prémontré (Aisne), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 francs);

M. le Dr Maupaté, médecin adjoint à l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Dr Doursout, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le Dr Coulon, médecin adjoint à l'asile de Clermont (Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le mardi 17 décembre 1901, sous la présidence de M. Guyon.

Parmi les nombreux prix décernés par l'Académie, nous relevons les suivants qui ont été décernés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix de l'Académie. — 1000 francs. — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.*

Deux mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix à MM. le Dr Lamy, médecin des hôpitaux, et Bruandet, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.*

Quatre mémoires ont été présentés : Le prix est décerné à M. le Dr Raoul Leroy, médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Evreux. — Une mention honorable est accordée à M. le Dr L. Croustel, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Quimper.

Prix Desportes. — 1300 francs. — Treize mémoires ont été présentés. Le prix n'est pas décerné.

Parmi les récompenses décernées :

300 francs à MM. les Drs Paul Garnier et Paul Cololian, de Paris, pour leur ouvrage intitulé : *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — Neuf ouvrages ont été présentés. L'Académie décerne :

Un prix de 1500 francs à M. le Dr Cl. Philippe, de Paris : *Pathologie du tabes dorsalis et des cordons postérieurs de la moelle* ;

Un prix de 800 francs à MM. Pierre Duval et Georges Guillain, internes des hôpitaux de Paris : *Les paralysies radiculaires du plexus brachial.*

Elle accorde, en outre, comme mention honorable :

400 francs à M. le Dr Georges Constensoux, de Paris : *La métamérie du système nerveux et les maladies de la moelle.*

300 francs à M. le Dr J.-B. Gélineau, de Paris : *Traité des épilepsies.*

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. — Cinq ouvrages ont été présentés :

L'Académie décerne le prix à M. le Dr G. Dumas, de Paris : *La tristesse et la joie dans les maladies mentales.*

Elle accorde une mention honorable à M. le Dr F. Farnarier, de Paris : *La psychose hallucinatoire aiguë.*

Prix Portal. — 600 francs. — Question : *Des lésions des centres nerveux causées par la toxine tétanique.*

Un seul mémoire a été présenté. Le prix est décerné à M. le professeur Andrea Zinno, directeur du laboratoire médico-micrographique de la ville de Naples.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1902, 1903 et 1904. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuses proposés pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1900, p. 170, et de janvier 1901, p. 169); voici celles proposées pour 1904 :

Prix Baillarger. — 2000 francs (Biennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde,

ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Charles Boullard. — 1200 francs (Biennal). — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Civrieux. — 800 francs. — Pli cacheté. — Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*

Prix Falret. — 700 francs. — Pli cacheté. — Question : *La neurasthénie. Pathogénie et traitement.*

Prix Lorquet. — 900 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

RECENSEMENT ET SECRET MÉDICAL

Lors du dernier recensement, un de nos confrères, M. le Dr Larroussinie, médecin-directeur de la Maison de santé de Caudéran, près Bordeaux, refusa, en se retranchant derrière le secret médical, les noms des pensionnaires de son établissement à l'agent chargé du recensement de la population de Caudéran; il se borna à indiquer leur nombre.

Poursuivi pour ce fait devant le Tribunal de simple police de Caudéran, notre collègue fit valoir la thèse suivante. La Maison de santé qu'il dirige contient deux catégories de malades : des aliénés et des nerveux. En ce qui concerne la section des aliénés, seuls le préfet, le procureur de la République, le juge de paix et le maire ont, de par la loi du 30 juin 1838, le droit de connaître les noms des pensionnaires, ainsi que d'accueillir leurs réclamations et de procéder à l'inspection d'un établissement spécial. « Vis-à-vis de toutes autres personnes, ajoutait M. Larroussinie pour sa défense, je suis tenu, comme tous nos confrères, au secret médical. Or, je ne puis reconnaître un représentant des autorités citées plus haut en un agent de

recensement, qui, d'ailleurs, n'est employé, la plupart du temps, qu'à titre auxiliaire, pendant la durée des opérations qu'exige le relevé quinquennal de la population.

« Quant aux simples nerveux que je reçois dans mon établissement, mon droit me paraît être plus indiscutable encore. En effet, ces malades viennent chez moi de leur plein gré. Ils ne sont pas aliénés. Moi-même, je ne connais que leurs noms, et ne m'informe pas de leur état civil. Encore moins un fonctionnaire, un agent quelconque, a-t-il le droit de le connaître. »

Le Tribunal a donné pleinement raison à notre confrère. Nous sommes heureux de féliciter M. Larroussinie d'avoir soulevé ainsi une question délicate du secret médical, et d'avoir obtenu gain de cause. Nous le remercions aussi de nous avoir envoyé le jugement qui l'a acquitté; il importe, en effet, que cet arrêt soit connu; il intéresse à tous égards les médecins et les directeurs des établissements d'aliénés publics et privés, et crée un précédent à invoquer.

Voici ce jugement, que nous reproduisons intégralement :

Extrait des minutes du greffe du tribunal de simple police de Bordeaux. — Audience publique du tribunal de simple police de Bordeaux du vingt-sept juillet mil neuf cent un, tenue sous la présidence de M. Provansal, juge de paix du deuxième canton de Bordeaux, chevalier de la Légion d'honneur; M. Walter, commissaire de police, suppléant de M. Michel, commissaire central, remplissant les fonctions de ministère public, et Me Edouard Goubier, greffier, écrivant.

Le ministère public contre :

Larroussinie (Paul), docteur en médecine, directeur d'un asile privé d'aliénés, demeurant et domicilié à Caudéran, place Fabelle, n° 1.

Défendeur comparant en personne,

Prévenu d'avoir, suivant procès-verbal en date du vingt avril dernier, refusé de faire connaître les noms des malades qu'il a en traitement dans sa maison, à l'agent chargé du recensement de la population de Caudéran, contrairement au décret du vingt janvier mil neuf cent un.

Le prévenu a présenté sa défense.

Ouï le ministère public en ses conclusions;

Attendu que Paul Larroussinie, docteur en médecine, directeur d'un asile privé d'aliénés et d'une maison de santé pour les malades atteints d'affections nerveuses, situé sur le territoire de la commune de Caudéran, a été l'objet d'un procès-verbal dressé le vingt-quatre avril dernier par le commissaire de police de cette commune pour infraction au décret de M. le Président de la République du vingt janvier mil neuf cent un, prescrivant le dénombrement de la population, en refusant à la personne

©BIUM

chargée du recensement les noms des malades dont il lui avait donné le nombre ; que, comme suite à ce procès-verbal, le docteur Larroussinie a été déféré au tribunal de céans ;

Attendu que Paul Larroussinie conclut à son acquittement, par ce double motif : d'abord, qu'il est lié par le secret professionnel, les malades lui ayant été confiés par leurs familles, à la condition que leurs noms ne seraient pas connus, la divulgation des traitements opérés dans son établissement pouvant entraîner, soit pour ces malades eux-mêmes, soit pour leurs familles, les plus grosses vicissitudes et les suites les plus fâcheuses ; ensuite visé subsidiairement qu'aux termes de l'article 2 du décret susvisé, les asiles d'aliénés ne devant pas compter pour l'application des lois pénales et de celles d'organisation municipale, les renseignements demandés étaient sans utilité ;

Attendu que, sans tenir compte de ce motif, d'ailleurs contestable, il y a dans le premier invoqué une raison suffisante pour justifier l'acquittement ;

Qu'en effet, l'article 378 du Code pénal punit les médecins qui auraient révélé les secrets à eux confiés ; qu'il s'agit évidemmet dans cet article des secrets relatifs à la profession du médecin ;

Que les malades reçus par Larroussinie dans son établissement y sont placés en vue de ses qualités professionnelles, et que la confidence de leurs noms, de leurs domiciles, de leurs antécédents, est dans le but évidemment diagnostical de lui permettre de leur appliquer un traitement approprié ; que la nature des affections soignées par ce docteur rend plus particulièrement dangereuse la divulgation des noms des malades, puisque cette divulgation, en raison de la destination spéciale de l'établissement, équivaudrait à la révélation de leurs maladies, et leur nuirait s'ils revenaient à la santé, et, dans tous les cas, porterait préjudice à leurs familles ;

Que la loi du trente mai mil huit cent trente-huit sur les aliénés témoigne, par le choix des magistrats et des fonctionnaires chargés de visiter les établissements où ces infortunés sont placés, de la discrétion à apporter dans tout ce qui les concerne ;

Qu'elle n'a pas, certainement, accordé la même confiance aux individus, souvent étrangers à toute administration publique, et salariés à la journée, qui sont préposés par les maires aux opérations de recensement ;

Attendu que le décret du vingt janvier mil neuf cent un n'a pas voulu abroger l'article 378 du Code pénal, punissant la violation du secret professionnel, d'autant moins que, suivant la jurisprudence de la Cour de cassation, l'obligation de garder ce secret est absolue et d'ordre public ;

Attendu que le ministère public déclare s'en rapporter à la sagesse du tribunal ;

Par ces motifs :

Le tribunal, statuant en dernier ressort et contradictoirement, renvoie Larroussinie des fins de la poursuite sans amende ni dépens.

Ainsi jugé et prononcé en audience publique du tribunal de simple police, les jour, mois et an que ci-dessus.

Signé à la minute : Provansal (Alfred), président, et E. Goubier, greffier.

En marge de la minute se trouve la mention suivante :

Enregistré à Bordeaux le treize août mil neuf cent un, folio 74, case 4. Débet : un franc quatre vingt-huit centimes, Signé : Hermel.

Pour expédition conforme,

Le greffier :

GOUBIER.

DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE DES ALIÉNÉS CRIMINELS

La chambre des requêtes de la Cour de cassation vient de rendre un arrêt qui, bien que n'inaugurant pas une jurisprudence, n'en mérite pas moins d'être signalé aux méditations de la commission parlementaire saisie de la question du régime des aliénés, criminels ou non. Voici dans quelles circonstances il est intervenu :

Il y a quelques années, dans une ville des Bouches-du-Rhône, une dame V... manda auprès d'elle une de ses parentes, commerçante, de condition modeste, la femme R... Celle-ci accourut aussitôt. Après un échange de compliments, M^me^ V... donna une lettre à lire à la femme R... Or, brusquement, pendant que la femme R... était occupée par cette lecture, elle lui lança au visage le contenu d'un bol empli de vitriol. La malheureuse, atrocement brûlée, faillit mourir des suites de cet attentat. Elle ne s'en est jamais relevée, et, aujourd'hui, suivant une expression dont on s'est servi à son sujet, ce n'est plus qu' « une épave humaine ».

Quel mobile avait pu pousser M^me^ V... à agir ainsi à l'égard de sa victime? La justice — car l'auteur de l'attentat fut aussitôt arrêtée — n'en put découvrir aucun. Il n'y en avait pas. Le magistrat instructeur ne constata qu'une chose, c'est que l'inculpée était depuis assez longtemps considérée comme folle dans son entourage : en premier lieu, par son mari. Et, en effet, les médecins aliénistes, à l'examen desquels elle fut soumise, conclurent à sa folie, par conséquent, à son irresponsabilité. Elle

bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut enfermée dans un asile.

Les époux R..., entre temps, avaient dû abandonner leur petit commerce, la femme étant désormais absolument impropre à le diriger comme par le passé. Ils étaient réduits à une situation voisine de la misère. Ils s'adressèrent à la famille V..., relativement fortunée, et lui demandèrent, à l'amiable, de réparer, dans la mesure du possible, le préjudice qui lui avait été causé par la folle. Mais on fit la sourde oreille. De guerre lasse, ils assignèrent devant le tribunal civil la femme V... avec son tuteur et le mari, soit comme civilement responsable de sa femme, soit comme responsable personnellement pour n'avoir pas exercé sur elle la surveillance qu'imposait son état.

Le tribunal de première instance ordonna une enquête. Mais les adversaires des époux R... firent appel de ce premier jugement. On alla devant la cour d'Aix, et la cour, évoquant le fond même de l'affaire, jugea que les époux R... n'avaient pas légalement droit à des dommages-intérêts. D'une part, ils ne pouvaient, disait l'arrêt, en réclamer à Mme V..., parce qu'on ne pouvait la tenir pour responsable de l'acte qu'elle avait commis, et qu'aux termes de l'article 1382 du Code civil on ne devait la réparation du dommage causé à autrui que lorsqu'on avait causé ce dommage par sa faute. Or, ajoutait la cour, il ne peut y avoir faute, là où il n'y a pas responsabilité.

D'autre part, elle déclara qu'aucun texte ne constituait, en un pareil cas, le mari responsable de sa femme, et que celui-ci ne pouvait pas être tenu, non plus, pour responsable personnellement, parce qu'aucune faute, aucune imprudence, aucune négligence ne lui était imputable.

Cela, parce que rien, dans la folie de Mme V... — qui pouvait faire craindre seulement qu'elle ne tentât de se suicider, — rien ne permettait de supposer qu'elle pût être dangereuse pour un tiers, et dès lors ne semblait imposer soit son isolement, soit son internement.

C'est d'un pourvoi contre cet arrêt qu'était saisie la chambre des requêtes de la Cour de cassation.

Le conseiller Letellier a fait le rapport; Me Brugnon, au nom des époux R..., sollicitait l'admission. L'avocat général Feuilloley a donné ses conclusions comme ministère public.

Il s'est prononcé pour le rejet, et il était visible qu'il le faisait la mort dans l'âme. Il a, en effet, formellement exprimé le regret que la famille V... ait opposé « des motifs de droit strict à des considérations d'humanité et d'équité ».

Mais comment combattre juridiquement la théorie de l'arrêt, théorie assurément rigoureuse, née du droit romain, mais absolument conforme à la lettre et à l'esprit des dispositions du

Code civil invoquées, malheureusement à tort, par les époux R... contre la femme V... ?

« Il serait évidemment souhaitable, a-t-il dit, que des dispositions plus humaines permissent, à l'exemple de plusieurs législations étrangères, d'indemniser la victime au moyen des biens de l'aliéné, quand celui-ci en possède, comme dans l'espèce actuelle. Mais la loi, telle qu'elle est, ne le permet pas, et il faut appliquer la loi ! »

M. Feuilloley n'a pu également que conclure au rejet des moyens du pourvoi concernant le mari, la cour d'Aix l'ayant dégagé souverainement par des considérations de fait, qui échappaient à la censure de la cour suprême.

Et la chambre des requêtes a rejeté.

Elle ne pouvait faire autrement; mais l'arrêt qu'elle a été obligée de rendre met une fois de plus en lumière la nécessité absolue de régler législativement cette question, non seulement au nom de la justice la plus élémentaire, mais au nom de l'humanité que des faits comme celui qui nous occupe blessent à la la fois et si étrangement. (Le *Temps*, numéro du jeudi 21 novembre 1901.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Tentatives d'homicide et de suicide.* — On lit dans le *Français* (n° du lundi 8 juillet 1901) :

« Rue de Bretagne, à Asnières, se trouve une épicerie appartenant à M. Léon Morel, âgé de quarante-trois ans.

« M. Léon Morel, qui, *à plusieurs reprises, a donné des signes de déséquilibrement cérébral, et a dû, il y a quelques années, être interné à la suite d'extravagances dangereuses*, rentrait hier après-midi, vers 4 heures, dans son magasin.

« Il était dans un état extraordinaire de surexcitation.

« En apercevant sa femme en compagnie d'un client, il bondit sur elle et, tirant de sa poche un revolver, il fit feu sur elle à deux reprises, la blessant assez grièvement à l'épaule gauche.

« Sur un de ses commis, M. Jugont, qui était accouru au secours de M^me^ Morel, le forcené tira de nouveau deux coups de revolver, sans heureusement l'atteindre. Puis, avant qu'on eût eu le temps de lui arracher l'arme des mains, il en plaçait l'extrémité du canon sur sa tempe droite et pressait sur la détente.

« M. Léon Morel, grièvement blessé, a été transporté à l'hôpital Beaujon. Quant à M^me^ Morel, son état n'inspire aucune inquiétude immédiate. »

2. *Une mère qui tue son fils.* — On écrit de Sainte-Pience (Manche) au *Journal* (n° du mardi 16 juillet 1901) :

« En cette commune, habitent depuis dix ans environ les époux Macé, honorables cultivateurs très estimés dans la contrée, et qui ont à leur charge sept enfants.

« Avant-hier matin, le père Macé et la plupart de ses enfants travaillaient dans les champs à la récolte des foins ; la femme Macé était restée avec deux de ses enfants au domicile commun pour préparer le repas de tous. Vers 8 heures, poussée par on ne sait trop quel sentiment, elle se rendait auprès de son petit garçon, Jules, qui était en train de se laver à une fontaine voisine. « Que fais-tu là? lui dit-elle d'un ton très brusque, viens avec moi. » Le malheureux suivit sa mère, qui se rendit dans une écurie; là, elle étrangla froidement le petit être, qui ne put pousser un cri, et le pendit ensuite avec un lien à un râtelier. Le père arriva sur ces entrefaites, constata la mort de son enfant et s'aperçut, aux propos incohérents tenus par sa femme, que celle-ci était devenue subitement folle. Elle a été transportée à l'hospice.

« Cet affaire fait ici l'objet de toutes les conversations et a causé une vive émotion dans la contrée, où la famille Macé jouit de l'estime et de la considération publiques. »

3. *Tentatives d'assassinat.* — Les locataires de la maison située 10, rue Neuve-des-Boulets, étaient réveillés, la nuit dernière, par des cris de femme et d'enfants venant d'un logement habité par un ouvrier pâtissier, nommé Auguste Beleuvre, et sa famille.

Ils ouvrirent la porte et aperçurent l'ouvrier pâtissier frappant avec fureur sa femme et ses trois enfants en bas âge. Les pauvres petits, les mains jointes, à genoux, dans leurs petits lits, imploraient en vain la pitié du misérable.

Les voisins voulurent s'emparer du forcené; mais celui-ci leur échappa, saisit un couteau de cuisine qu'il avait caché sous un oreiller et le brandit en déclarant que le diable lui avait ordonné d'immoler sa femme et ses enfants comme de « vulgaires lapins ».

Auguste Beleuvre n'avait pas achevé sa phrase qu'il bondit de nouveau sur sa femme et tenta de lui porter un coup de son arme.

Mais on put heureusement arrêter son bras. On parvint à le ligoter et à le maintenir jusqu'à l'arrivée des gardiens de la paix qu'on était allé quérir.

Amené au poste de police, Beleuvre, qui est âgé de trente-trois ans, ordonna aux agents de service de lui présenter les armes et de hisser le drapeau au-dessus de l'édifice.

— Je suis député depuis trois législatures, ajouta-t-il, et je ne me reposerai pas tant que je ne serai pas président de la République, car je veux transformer la société actuelle, qui est mal faite! Vive la sociale! Vive la liberté!

Le pauvre fou a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Goulier, commissaire de police. (*Le Matin*, n° du mardi 20 août 1901.)

4. *Persécuté homicide.* — On lit dans le *Journal* (n° du jeudi 3 octobre 1901) :

Un propriétaire bien connu à Bobigny, M. X..., demeurant rue de la Folie, *donnait depuis quelque temps des signes inquiétants d'aliénation mentale.*

Le pauvre homme se croyait sans cesse poursuivi par des ennemis imaginaires, et, dans la crainte de ceux-ci, la nuit venue, il s'étendait tout habillé sur son lit, son fusil de chasse à côté de lui.

Hier, vers 11 heures du soir, la crise attendue depuis longtemps eut lieu ; le propriétaire, pris de folie furieuse, sauta de son lit son fusil à la main, ouvrit la fenêtre et, mettant en joue ses imaginaires persécuteurs, tira dans la rue plusieurs coups de son arme.

M. Pierre Thonneau, un cultivateur voisin du fou, qui regagnait son domicile, fut atteint par un des projectiles, et, grièvement blessé, dut être transporté à l'hôpital Lariboisière.

Cependant, il fallait se rendre maître du dément, celui-ci, son fusil à la main, menaçant de faire de nouveaux malheurs.

M. Marie, commissaire de police de Pantin, accompagné de son secrétaire, M. Campagnon, des agents Chameton et Tatoreau, se rendit immédiatement chez M. X..., et, après une lutte des plus mouvementées, parvint à le conduire au commissariat, d'où on le dirigea sur l'infirmerie spéciale.

5. *Incendie et menaces de mort.* — On dit dans le *Matin* (n° du samedi 5 octobre 1901) :

Un employé de commerce, M. O..., demeurant 14, rue Marie-Louise, sollicitait hier soir, vers 11 heures, l'intervention de deux agents pour s'emparer de sa femme, M^me^ O..., âgée de trente-six ans, sans profession, qui venait d'être prise d'une attaque de folie furieuse, et qui, après avoir eu soin de fermer au verrou la porte de l'appartement, situé au cinquième étage, en arpentait le balcon avec ses deux fillettes, qu'elle menaçait de précipiter dans le vide.

D'un balcon voisin, les agents essayèrent de parlementer avec la malheureuse. Tout à coup une épaisse fumée s'échappa dans la rue, venant de la fenêtre de M^me^ O... Celle-ci avait entassé tables, chaises, linge, effets, rideaux au milieu d'une chambre et y avait mis le feu.

Pendant qu'on prévenait les pompiers, les agents enfoncèrent la porte d'entrée et coururent au balcon. Il était temps : effrayée par la fumée, la folle enjambait déjà la grille pour se

précipiter dans le vide, tenant toujours ses deux fillettes terrifiées dans ses bras.

On a dû lui passer la camisole de force et la conduire, dans une voiture des ambulances urbaines, à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Les pompiers de la caserne du Château-d'Eau ont éteint aisément le commencement d'incendie.

6. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 7 octobre 1901) :

Un ouvrier terrassier. Henri Larosée, âgé de quarante-quatre ans, demeurant 174, rue du Château-des-Rentiers, est devenu subitement fou, la nuit dernière.

Pris d'une terrible crise, le malheureux, qui était persécuté par l'idée que les Anglais le poursuivaient, sauta à bas de son lit, et, s'armant d'un lourd maillet, se mit à ébranler la cloison de sa chambre à coups redoublés. Bientôt la muraille — d'ailleurs très mince — céda, s'écroulant avec fracas, et le forcené, son maillet à la main, fit irruption dans la chambre de sa voisine, couturière, M^lle^ Blanche Thomassin, âgée de dix-neuf ans.

— Mort à toi, perfide Albion! criait le pauvre fou.

Et, se précipitant sur la malheureuse femme, il lui porta sur la tête un coup de son arme. Heureusement, les voisins, attirés par les cris de la victime, arrivèrent à temps pour la secourir et désarmer le dément, qu'ils remirent entre les mains des agents. Conduit au commissariat de la Maison-Blanche, Henri Larosée a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

Quant à M^lle^ Thomassin, qui est assez grièvement blessée, elle a dû être transportée à l'hôpital Cochin, où on l'a admise d'urgence.

7. *Tentative d'assassinat et suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 12 octobre 1901) :

Une dame Kernivinen, âgée de trente-deux ans, demeurant rue du Fer-à-moulin, se présentait, hier matin, vers 11 heures, au poste de la rue de la Sorbonne, et déclarait que son mari, Charles-Eugène, âgé de trente-sept ans, qui, *à plusieurs reprises déjà, avait donné des signes inquiétants d'aliénation mentale,* s'était tout à coup jeté sur elle, la frappant à coups de pied et de poing et la menaçant de la tuer.

La malheureuse, qui, à la figure, portait en effet des ecchymoses et une plaie saignante au front, avait pu réussir à se dégager de l'étreinte de l'aliéné et s'échapper.

Deux agents accompagnèrent M^me^ Kernivinen jusqu'à son domicile et essayèrent, mais en vain, d'ouvrir la porte. L'appartement n'étant situé qu'au premier étage, ils fixèrent une échelle au mur et, après avoir brisé un carreau, pénétrèrent dans la chambre à coucher.

Etendu sur le parquet, le front troué d'une balle, ils aperçurent alors M. Kernivinen qui, après le départ de sa femme, avait pris un revolver et, dans son accès de démence, s'était suicidé.

Transporté à l'hôpital de la Pitié, le pauvre homme, qui respirait encore, est mort en arrivant.

8. *Tentative de meurtre et suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 19 octobre 1901) :

Le docteur Gazeau demeurant 21, rue Poulet, a été victime hier soir, d'une tentative de meurtre de la part d'un fou. Vers 9 heures, il s'était rendu auprès d'un alcoolique nommé André Schantrein, âgé de quarante-deux ans, typographe, demeurant 9, rue Custine, pour lui donner des soins. Il y avait à peine dix minutes qu'il était entré dans la chambre voisine afin d'y rédiger une ordonnance, que Schantrein se leva vivement de la chaise sur laquelle il était assis et, saisissant un revolver placé à sa portée, se mit à injurier le médecin, auquel il porta à la tête plusieurs coups de crosse. Les deux hommes roulèrent à terre et, dans la lutte, le docteur Gazeau fut blessé grièvement au front et à l'oreille gauche. Il ne put se dégager de l'étreinte du fou que grâce à l'intervention d'un voisin, M. Chêne. Schantrein, alors au comble de la fureur, tira une balle sur le docteur, qu'il atteignit légèrement au front.

Pendant que M. Gazeau se rendait à une pharmacie pour se faire panser, l'aliéné, qui était en proie à une crise terrible, cassait et brisait tout dans son logement, menaçant de son revolver les personnes qui tentaient de l'approcher.

M. Carpin, commissaire de police, prévenu de ce qui se passait, se rendit à son tour au domicile du malheureux fou en compagnie de deux agents chargés de le maîtriser. Mais Schantrein, qui est doué d'une force peu commune, leur échappa et se jeta par la fenêtre.

Très grièvement blessé au crâne, Schantrein a été transporté à l'hôpital Lariboisière où il n'a pas tardé à rendre le dernier soupir.

Quant au docteur Gazeau, ses blessures, quoique assez graves, ne mettent nullement ses jours en danger.

9. *Tentative de meurtre.* — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 28 octobre 1901) :

Un jeune homme de dix-neuf ans, Jean Roteaux, demeurant 8, passage des Tourelles, *donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale.* Hier soir, il rentra chez lui, où sa mère l'attendait. Sans mot dire, il se dévêtit ; puis, pris subitement d'un accès de folie furieuse, il s'empara d'un couteau et se rua sur la malheureuse femme. Aux cris de M^me^ Roteaux, les voisins accoururent et retinrent le forcené. Mais celui-ci, se dégageant d'un effort violent, ouvrit la fenêtre de l'appartement,

qui est situé au premier étage, et, vêtu simplement d'une chemise, prit sa course à travers les rues de Ménilmontant, brandissant son couteau. Des agents s'élancèrent sur ses traces. Cette étrange poursuite ne dura pas moins d'une heure. Enfin, le fou fut rejoint et conduit au poste de police de la rue Etienne-Dolet. De là, M. Clément l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

10. *Viol et tentative de meurtre.* — On télégraphie de Valence au *Temps* (numéro du dimanche 17 novembre 1901) :

Elodie Maisonneuve, âgée de cinq ans et demi, habite avec ses parents, cultivateurs au quartier de Pathaud, à environ 2 kilomètres et demi au-dessus de Saint-Péray à Vernoux. Elle va à l'école au hameau de Tourtousse, d'où elle revient chaque jour à 11 heures pour le repas de midi.

Elle faisait seule cette course, vendredi, lorsque surgit devant elle le nommé Sylvain Brunière, âgé de vingt-deux ans, célibataire, domicilié à Tourtousse chez ses parents, propriétaires très estimés et jouissant d'une certaine aisance. Cet individu, que *son état mental fit juger impropre au service militaire*, se précipita sur l'enfant, la renversa sur le bord du chemin et se livra sur elle au plus odieux attentat.

Son désir brutal assouvi, il s'arma d'un couteau et en porta un coup au bas-ventre de la petite martyre. Il allait sans doute s'acharner sur sa victime et l'achever, lorsque survinrent deux cultivateurs travaillant près de là, qui arrachèrent la fillette à son bourreau et la portèrent toute sanglante au domicile de ses parents.

Les médecins qui la soignent espèrent la sauver. Quant à Sylvain Brunière, il était tranquillement rentré chez lui après le crime et c'est là que la gendarmerie est venue l'arrêter dans l'après-midi. L'émotion est très vive dans la région, proche de celle où fut capturé Vacher, le tueur de bergers.

11. *Drame dans une caserne.* — On écrit de Rennes, au *Temps* (numéro du mardi 26 novembre 1901) :

Parmi les jeunes soldats qui furent incorporés, il y a une dizaine de jours, au 41e de ligne, 2e compagnie, caserne Saint-Georges, figurait un nommé Frédéric Bource, originaire de Paris.

Dès son arrivée au régiment, Bource donna *des preuves de faiblesse d'esprit*; il se livrait à des excentricités : quand, par exemple, ordre lui était donné de balayer la cour, le jeune soldat se mettait à quatre pattes, ramassait toutes les immondices qu'il pouvait trouver et les recueillait précieusement dans sa poche. On crut tout d'abord avoir affaire à un simulateur désireux de se voir renvoyer du régiment pour idiotie et folie.

Malheureusement, en raison de son bizarre état d'esprit, feint ou réel, Bource ne tarda pas à devenir l'objectif de toutes les

mauvaises plaisanteries de la chambrée. Ses camarades l'incitaient à commettre des insanités, l'agaçaient et ne tardèrent pas, ainsi, à surexciter encore le malheureux, au point qu'il proféra des menaces de vengeance qu'il ne devait pas tarder à mettre à exécution.

Dans la nuit du vendredi 22 au samedi 23 novembre, pendant que tout le monde dormait dans la chambrée de la 2e compagnie, Bource se leva soudainement ; puis, saisissant son épée-baïonnette, la tira du fourreau, se dirigea brusquement vers son camarade de droite, Louis David, originaire de Tinténiac (Ille-et-Vilaine), et lui plongea son arme dans la figure. Ensuite le malheureux meurtrier s'enfuit, pour aller se réfugier derrière les agrès, dans une pièce inhabitée, où l'on ne tarda pas à le retrouver.

La victime, soldat de deuxième année, marié et père de famille, arracha lui-même l'arme de la blessure. L'épée-baïonnette était entrée par la joue droite, avait traversé la mâchoire supérieure, transpercé la langue, puis la joue gauche, et la lame ressortait de près de dix centimètres.

Le malheureux David est dans un état désespéré.

Quant au meurtrier, il a été conduit à l'hôpital militaire, où il est en observation.

12. *Epidémie de folie religieuse.* — On lit dans le *Matin* (numéro du dimanche 1er décembre 1901) :

A Forst, dans le royaume de Saxe, toute la famille du paysan Kaschke, la servante et quatre paysannes du voisinage, s'abstiennent depuis une semaine de prendre toute nourriture.

Atteints d'une sorte de folie religieuse, tous ces gens ne font que réciter des litanies et se promener, parfois même tout nus ! Les malheureux se disent les élus de Dieu. Le fils Kaschke, rentré de son régiment tout récemment, refusa de prendre part à ces pratiques ; on l'y força par des tortures. Le maire a fait donner du fourrage aux bestiaux que les exaltés laissaient sans nourriture.

Jeudi, Mme Kaschke est morte d'inanition. Les autorités viennent d'ordonner le transport de tous ces malheureux sectaires dans un hôpital.

13. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 5 décembre 1901) :

Les passants qui se trouvaient boulevard de Strasbourg, hier, vers midi, ont été fort effrayés par les excentricités d'un fou furieux, qui, armé d'une énorme paire de ciseaux, poursuivait les femmes en poussant de rauques rugissements.

Arrêté et maintenu avec peine par quatre agents, il fut conduit devant M. Durand, commissaire de police du quartier de la Porte-Saint-Martin.

Le pauvre dément, un tailleur, nommé Antoine L..., âgé de quarante-cinq ans, demeurant rue des Récollets, a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

14. *Double homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 5 décembre 1901) :

Un drame terrible s'est déroulé dimanche soir sur le lac Majeur. M. Biedermann, bibliothécaire de Winterthur (Suisse), prenait place dans un petit bateau pour aller faire une promenade.

Tout à coup, alors que l'embarcation n'était qu'à quelques mètres du bord, on entendit des coups de feu et des cris de détresse. C'était M. Biedermann qui venait de tirer sur sa femme et sur sa fillette, âgée de douze ans, et avait ensuite tourné son arme contre lui-même.

La femme et la fillette étaient mortes sur le coup ; quant au malheureux bibliothécaire, il succomba peu après.

M. Biedermann a déclaré avant de mourir qu'il se sentait devenir fou et qu'il avait voulu épargner à sa famille comme à lui-même cet affreux malheur.

TRIBUNAUX

Un procès sensationnel à Bucarest. — On écrit de Bucarest au *Temps* (numéro du mardi 5 novembre 1901) :

Le fils du général Candiano-Popesco, qui s'était distingué au siège de Plevna et à Gravitza, avait assassiné, il y a quelques mois, à Bucarest, une femme du monde tombée dans la vie galante, M^me^ Julie Jarcou. Nous avons raconté, à l'époque, les circonstances de ce meurtre. Le jeune Candiano a été condamné cette semaine par la cour d'assises de Bucarest à dix ans de réclusion, tandis que son complice Vladoïano a été acquitté, probablement à cause de son extrême jeunesse.

Candiano, sorte d'hystérique complètement détraqué, d'aspect à la fois violent, égaré et astucieux, a raconté au jury sa vie de déclassé avec des détails d'un cynisme extraordinaire : ses amours, ses trois tentatives de suicide, les menaces de mort qu'il avait adressées à ses parents, ses voyages au Congo et au Dahomey, ses ambitions morbides et ses rêves d'inventeur, son crime enfin.

On jugera de l'étrangeté de l'affaire et du criminel par ces quelques passages caractéristiques de son interrogatoire. Il parle d'un souvenir d'adolescence : « Nous devions passer, elle et moi, — j'avais quinze ans, — au-dessus de deux cascades. A la seconde, j'avais eu l'idée de déplacer une brique d'un petit pont : j'attendis alors que la jeune fille posât le pied sur cette brique mal soutenue, et tombât presque à l'eau. Je me précipitai naturellement pour la rattraper ; puis, un peu plus loin,

étant couché dans l'herbe de la montagne, je vis en bas de l'or qui reluisait : c'étaient les cheveux de la jeune fille. Elle était si jolie que j'eus envie de la tuer. Comme je portais toujours un revolver sur moi, cette pensée s'empara de moi un instant ; mais l'arme me tomba de la main. J'avais lu dans le roman *Plus fort que la mort*, un passage où le héros — un artiste, — voyant sa maîtresse si belle, l'idée lui vient que morte elle serait plus belle encore ».

Voici une autre obsession, moins macabre :

« Le livre de Jules Verne : *Vingt mille lieues sous les mers*, m'avait tellement impressionné, a raconté Candiano, que je me suis immédiatement vu dans la peau du commandant du *Nautilus*, du capitaine Nemo. Jour et nuit je travaillais, non pas à l'aide des sinus et des cosinus, mais avec ma pensée seule : « Pourquoi, me disais-je, ne pas s'atteler à cette idée? C'est la « richesse, que le fond de la mer! » Pendant la nuit, je me voyais en pensée comme dans un aquarium. J'imaginai ainsi mon *Narval*, qui dépasse tous les autres sous-marins. J'inventai aussi des aéronefs et des aéroplanes ».

Ses divagations affectaient aussi un tour rationaliste :

« Pourquoi, dit-il, adorer deux morceaux de bois sur lequel un homme a été crucifié? Mahomet a dit d'adorer le croissant, car c'est cet astre qui a répandu la lumière sur l'obscurité de la nuit. »

Enfin, à propos de sa victime, Candiano a fait cette remarque d'un dilettantisme méronien : « La femme jouait au piano le *Calugarul* ; mais c'était affreux ! ce qu'elle m'écorchait les oreilles ! si elle avait bien joué, la musique m'aurait fait oublier de la tuer ».

Une longue discussion scientifique s'est élevée entre le ministère public, les médecins légistes et les avocats au sujet de la responsabilité de Candiano, avec force citations de toutes les autorités européennes en la matière. Sa mère qui, seule, a survécu au crime de son fils, le général étant mort de chagrin, a fait donner lecture de la lettre suivante : « Afin de garantir la société et la famille contre toute agression de la part de mon fils Alexandre Candiano, atteint d'aliénation mentale, incurable dangereux pour la société et pouvant commettre de nouveaux crimes, je m'oblige à l'interner à vie dans un hospice. Mais comme il n'existe dans les prisons du pays aucune section pour les aliénés criminels, je m'oblige à en faire construire une à mes frais, et à en payer les gardiens ».

Le jury, très embarrassé probablement, s'est prononcé pour la culpabilité, l'accusé ayant commis le crime volontairement, mais avec la circonstance atténuante qu'il n'a pas commis le crime avec préméditation. Verdict, somme toute, assez bizarre,

dont l'opinion ne s'est pas montrée très satisfaite, l'accusé, dit-on, étant fou ou ne l'étant pas, et devant par conséquent être enfermé dans une maison d'aliénés, ou relégué à perpétuité dans les Salines.

La cour a condamné sur ce verdict Candiano à dix ans de réclusion, et le président du tribunal lui a recommandé de subir sa peine avec patience, en comptant probablement, à cause de la glorieuse mémoire de son père, sur la grâce du souverain. Ce conseil et cet encouragement paraissent singulièrement bizarres dans la bouche d'un haut magistrat, à un criminel d'une espèce aussi dangereuse que celle de Candiano ; mais les folies judiciaires sont contagieuses, même à grande distance.

Un fait qu'on se raconte a augmenté encore l'intérêt sensationnel du procès.

L'oncle de Candiano, le colonel Vladesco, remit un jour à son neveu, dans le parloir de la prison, une poudre qu'il lui demanda de prendre le soir même. Cette poudre, disait le colonel, plongerait le jeune homme dans un sommeil semblable à la mort. Son corps serait alors réclamé aux autorités, on le ranimerait ensuite, et il serait envoyé, sous un faux nom, à l'étranger.

Candiano prit la poudre ; mais, se défiant de quelque chose, ne l'avala point, et la remit au directeur de la prison. C'était de la strychnine à dose foudroyante. On devine que le colonel Vladesco voulait, par ce « suicide », d'ailleurs assez involontaire, sauver l'honneur de la famille d'un procès infamant.

L'affaire Pomier. — Le correspondant de Lyon du *Temps* écrit à ce journal (numéro du jeudi 7 novembre 1901) :

« Hier a comparu devant le tribunal correctionnel l'ancien chef de bureau de la préfecture du Rhône, Pomier. Il était inculpé de détournements.

« Spécialement affecté au service des aliénés, Pomier n'était pour ainsi dire soumis à aucun contrôle. Il put ainsi, pendant treize années, détourner des sommes que l'on évalue à 58.000 francs.

« Voici comment il procédait :

« Pour les malades internés d'office à l'asile départemental de Bron, les frais d'hospitalisation sont avancés par l'administration préfectorale, qui les recouvre ensuite contre les familles ou les communes. L'administration délivre aux particuliers ou aux communes des reçus qui, lorsque le versement a été intégralement effectué, sont remplacés par un reçu définitif.

« Pomier, lorsque les familles s'adressaient à lui et versaient des fonds pour leurs malades, s'appliquait à lui-même l'argent reçu, et donnait un récépissé aux intéressés.

« L'information n'a pas retenu contre l'ex-chef de bureau la

©BIUM

qualité de fonctionnaire qui l'eût rendu passible de la cour d'assises.

« A l'audience, Pomier a manifesté un grand repentir, et expliqué ses détournements par sa passion du jeu.

« Il essaya de rembourser une partie de ses détournements, et c'est l'envoi d'un chèque de 800 francs à l'un de ses collègues en le priant de le remettre à ses chefs, qui a fait naître des soupçons et ouvrir l'enquête qui a amené son arrestation.

« Après réquisitoire de Me Long, substitut du procureur de la République, et plaidoirie de Me Huguet, le tribunal a condamné Pomier à deux années d'emprisonnement et 100 francs d'amende. »

Cette affaire a eu un épilogue qui nous est rapporté par le même correspondant (*Le Temps*, numéro du 12 novembre 1901), ainsi qu'il suit :

« La commission départementale du Rhône vient de prononcer le retrait de la pension servie à Pomier, ancien chef de bureau à la préfecture, récemment condamné à deux ans de prison par le tribunal correctionnel pour malversations dans son service.

« Elle a, en outre, décidé, pour des raisons d'équité, qu'il n'y avait pas lieu de réclamer aux familles le payement des sommes dont elles avaient cru, de bonne foi, pouvoir se libérer valablement entre les mains de Pomier. En effet, les employés de la préfecture ne sont pas des comptables, et n'ont pas qualité pour recevoir les sommes dues au département ou à l'Etat. Ils préparent les titres de recettes et de dépenses ; mais c'est aux caisses publiques que les débiteurs doivent se libérer, et, si ces derniers confient leurs fonds à des employés de la préfecture qui promettent d'en faire le versement à leur place, ils n'ont aucune garantie, surtout s'ils se contentent du récépissé personnel de l'employé et n'exigent pas le récépissé officiel de la trésorerie générale.

Afin de couper court à de pareilles pratiques, que rien d'ailleurs n'autorise et qu'aucun règlement ne contrôle, l'administration préfectorale, aussitôt après la mise à la retraite d'office de Pomier et la vérification de son service, a interdit de la façon la plus absolue aux employés de la préfecture de toucher, sous aucun prétexte, aucune des sommes dues pour les pensions des aliénés. En cas d'urgence, toute facilité sera donnée aux familles pour faire un versement provisoire à la trésorerie générale. Mais la trésorerie a été à tort mêlée à l'affaire Pomier. Elle ne peut recouvrer que les titres de recette qui lui sont envoyés et la manœuvre de Pomier consistait précisément à détruire le titre après l'avoir montré à la famille pour la faire payer entre ses mains.

Le seul service dans lequel les employés de la préfecture pouvaient, en vertu d'une tolérance ancienne, servir d'intermédiaires entre le Trésor et ses débiteurs, est celui des adjudications publiques, pour les frais d'enregistrement. Les adjudicataires évitaient par là une course. Mais il ne semble pas que ce soit une raison suffisante de déroger à une règle dont l'inobservation a eu, à Lyon même, de si graves conséquences. Aussi, le préfet a décidé que, dorénavant, les adjudicataires payeraient eux-mêmes les droits aux bureaux de l'enregistrement. En sorte que maintenant l'interdiction sera générale et s'appliquera à tous les bureaux de la préfecture. Le public est averti : si un nouveau Pomier faisait de nouvelles dupes, celles-ci ne pourraient plus exciper de leur ignorance, et il n'y aurait pas de raison de les dispenser de payer une seconde fois.

Caisse d'épargne et livrets appartenant à des aliénés. — La 1re chambre, présidée par M. Turcas, vient de rendre son jugement dans une affaire qui intéresse à juste titre deux établissements importants : les asiles d'aliénés du département de la Seine, et la Caisse d'épargne de Paris.

Dans le courant de l'année 1900, M. Hubert, receveur des asiles d'aliénés, faisait présenter à la Caisse d'épargne quatre livrets appartenant à des aliénées non interdites, pour en faire régler les intérêts. La caisse, en les examinant, s'aperçut que la dernière opération, versement ou remboursement faits par les déposantes, remontait à plus de trente années. Or, aux termes de la loi de 1853 sur les caisses d'épargne, complétée par la loi du 20 juillet 1895, quand il s'est écoulé un délai de trente ans depuis un versement, un remboursement, un achat de rente, ou « toute autre opération faite à la demande du déposant », les sommes figurant au livret sont prescrites et réparties, jusqu'à concurrence des trois cinquièmes, entre les sociétés de secours mutuels, et des deux cinquièmes entre les caisses d'épargne.

Dans ces conditions, la Caisse annula les livrets présentés, déclarant à M. Hubert que leur montant était prescrit. Mais ce dernier n'accepta pas cette manière de voir et, prétendant que les termes de la loi : « ou toute autre opération faite à la demande du déposant » étaient essentiellement généraux et comprenaient, à n'en pas douter, « la présentation du livre pour le règlement des intérêts », il soutint que la prescription n'avait pu s'accomplir en ce qui concernait les livrets en question, et que la Caisse en devait le montant aux intéressées. Et M. Maucomble, membre du conseil de surveillance des asiles des aliénés, prenant en mains les intérêts de l'administration, assignait la Caisse d'épargne pour la contraindre à restituer les sommes selon lui indûment perçues. La Caisse répondait que les termes de la loi étaient très nets, que les règlements des

intérêts se fait sur les livres de la Caisse en dehors de l'intervention du déposant, mécaniquement pour ainsi parler, et que la volonté de celui-ci n'y est pour rien. Quant à la présentation du livret, elle ne saurait être considérée comme une « opération ». Les circulaires ministérielles qui commentent la loi, précisent que l'opération doit laisser des traces dans les livres de la Caisse. Or, comment peut-il rester trace de la présentation d'un livret ?

La Caisse ajoutait que, depuis plus de cinquante ans, elle avait procédé ainsi loyalement, franchement, sous l'œil vigilant des ministres du commerce et des finances dont elle dépend, et que jamais aucune observation ne lui avait été faite. Ce sont ces deux thèses opposées que soutenaient devant les magistrats de la 1re chambre Me Ducuing au nom de M. Maucomble, et Me Roger Allou au nom de la Caisse d'épargne de Paris.

Le tribunal a donné gain de cause à M. Maucomble : il a estimé que les termes de la loi étaient généraux, que le fait de présenter le livret pour le règlement des intérêts rentrait dans les opérations prévues par elle, et que le législateur n'avait pas eu l'intention d'appliquer les dispositions rigoureuses de la prescription à des sommes appartenant à des déposants qui avaient gardé le contact avec la Caisse, et indiqué par là qu'ils n'abandonnaient pas leurs comptes. (*Le Temps*, numéro du jeudi 21 novembre 1901.)

FAITS DIVERS

Création d'un asile d'aliénés dans les Landes. — On télégraphie de Mont-de-Marsan au *Temps* (numéro du mercredi 27 novembre 1901) :

Le conseil général des Landes s'est réuni samedi en séance extraordinaire sous la présidence de M. Lourties, sénateur, pour délibérer sur le projet de construction d'un asile d'aliénés à Mont-de-Marsan.

Après avoir entendu la lecture du rapport de la commission, le conseil a voté une délibération approuvant les plans et devis, décidant l'acquisition des terrains, acceptant la subvention de 200,000 francs de la ville de Mont-de-Marsan, sollicitant une subvention de 800,000 francs du ministre de l'agriculture à prélever sur les fonds du Pari mutuel et votant 500.000 francs nécessaires à parfaire les ressources destinées à la construction et à l'aménagement de l'asile.

L'avis de Lombroso sur l'électrocution. — On écrit de Rome au *Petit Temps* (numéro du mercredi 6 novembre 1901) :

« M. Cesare Lombroso a été appelé à donner son avis sur l'électrocution. L'éminent anthropologiste italien n'est point

partisan de ce système qu'il dit non assez rapide, à cause des longs préparatifs qu'il nécessite et auxquels, pour la plupart, le condamné doit assister.

« Aujourd'hui, fait observer M. Lombroso, tout le monde est d'accord sur ce point, que la peine de mort ne doit pas être considérée comme une vengeance de la société, mais comme un moyen de supprimer un individu dangereux et dont la progéniture peut à son tour être un nouveau danger pour la société. Seulement, dit-il, cette mort doit être prompte et douce, et, dans l'électrocution, on ne peut supprimer au patient l'anxiété des longs préparatifs nécessaires à l'application du courant électrique, pour conduire le condamné dans le fauteuil et le soumettre aux armatures électriques aux pouls, à la tête, etc.

« Le sentiment humain, ajoute l'éminent professeur, veut que cette grande douleur de l'anxiété pour l'attente de la mort soit épargnée le plus possible et que la forme même de la mort ne soit point douloureuse.

« M. Lombroso préconiserait plutôt l'emploi de gaz provoquant l'asphyxie au milieu d'hallucinations agréables, tels, par exemple, le chloroforme et l'éther. Point de préparatifs, et l'individu part pour l'autre monde sans s'en apercevoir. »

Incendie dans un asile d'aliénés. — On télégraphie d'Angers au *Temps*, le 5 novembre 1901 :

« Le feu s'est déclaré ce matin, vers midi, à l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes. Les pompes de la mairie d'Angers et de l'usine Bersonneau sont sur les lieux.

« Sainte-Gemmes est à 6 kilomètres d'Angers, sur la rive droite de la Loire. »

Projet de création d'une salle de suicide à Chicago. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 3 novembre 1901) :

« Le docteur Charles Jacobs, un spécialiste pour les maladies nerveuses, vient de demander à la municipalité de Chicago l'autorisation d'établir une « salle de suicide », où tous ses clients incurables qui voudront mourir pourront se tuer « confortablement » en payant une certaine somme.

« Il y en aura pour tous les goûts : cordes, revolvers, instruments tranchants, gaz asphyxiants, poisons, et peut-être le fauteuil d'électrocution.

« Le docteur a envoyé aux vingt-trois clubs de suicidés des Etats-Unis son propectus vantant l'excellence de l'installation projetée à l'usage des déserteurs de la vie.

« Malheureusement, M. Harrisson, maire de Chicago, se refuse « pour le moment » à accorder la licence demandée pour la salle de suicide. Malgré toutes les audaces du progrès américain, l'heure ne paraît pas encore venue aux édiles de Chicago d'autoriser l'application de l'ingénieux projet du Dr Jacobs. »

©BIUM

Un drame dans un asile d'aliénés. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 12 novembre 1901) :

Un drame affreux s'est produit, pendant la nuit, à l'asile Sainte-Marie de Privas.

Deux aliénées du dortoir des agitées, les nommées E..., âgée de trente et un ans, de Loriol (Drôme), et D..., âgée de quarante-deux ans, de Saint-Barthélemy-le-Pin, toutes deux revêtues de la camisole de force, s'invectivèrent au point que la nommée G..., s'approchant du lit de la nommée D..., se jeta sur elle et l'étouffa en lui enfonçant ses coudes dans la bouche.

Puis elle lui dévora le nez, la bouche et le menton ; la peau du front, depuis l'arcade sourcilière, était déchiquetée et relevée sur les cheveux.

La tête de la malheureuse semblait avoir été dévorée par un animal.

La victime, plus agitée que la meurtrière, étant fixée à son lit par la camisole de force, n'avait pas pu se défendre.

En faisant leur ronde de 4 heures du matin, les gardiennes se trouvèrent en présence de ce hideux spectacle. La victime respirait encore et ne rendit le dernier soupir que quelques instants après.

Interrogée, la femme G... répondit en riant que sa victime n'était pas morte et qu'avec un peu d'eau sucrée on la ramènerait facilement à la vie.

— Je lui ai fait voir que je n'avais pas peur d'elle et que j'étais plus forte.

L'amok. — On trouve dans le *Petit Temps*, du mercredi 11 décembre 1901, la dépêche suivante de Berlin, en date du 10 décembre :

D'après une communication officielle allemande de Pékin, 9 décembre, un soldat hindou du 4e régiment du Pendjab, pris, croit-on, de la folie furieuse connue sous le nom d' « amok », a tué, à coups de fusil, deux hommes de son régiment, puis a pénétré de force dans le magasin de subsistances de la brigade allemande où il a tiré plusieurs coups de feu.

Le contrôleur Ehlert est mortellement blessé ; il y a trois autres blessés, dont deux grièvement. L'assaillant a été tué à coups de fusil par le poste allemand.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

L'EXAMEN DES MALADES

ATTEINTS DE PARAPHASIE

Par le Dr G. SAINT-PAUL

Médecin major de 2e classe au 66e régiment d'infanterie, à Tours.

L'étude des centres moteurs corticaux de l'homme a été, depuis 1870, l'objet de travaux (1) auxquels la clinique, la physiologie, l'anatomie, la psychologie ont apporté des éléments de valeurs diverses, mais qui ont démontré que ces sciences pouvaient toutes, dans des mesures d'ailleurs différentes, concourir à la découverte des phénomènes et à leur explication. La connaissance et l'interprétation des symptômes des aphasies et des paraphasies nécessite très particulièrement l'acquisition de

(1) V. Charcot et Pitres. *Les centres moteurs corticaux chez l'homme.* Paris, Rueff.

©BIUM

données acquises dans des branches distinctes de l'activité scientifique. La lecture de certaines observations médicales révèle un soin, une patience, une minutie remarquables ; aucun détail ne semble omis de ceux qui peuvent éclairer la pathogénie des manifestations morbides, et certaines interprétations sont empreintes d'une sagacité merveilleuse.

Un des soucis les plus importants du médecin qui veut, après une description détaillée des symptômes, arriver à la compréhension de ces symptômes, à la découverte des causes des accidents constatés et à leur explication, paraît être de s'inspirer d'un plan méthodique de recherches. C'est donc en ayant présent à l'esprit un schème comme celui de Charcot ou de quelqu'un de ceux qui ont continué son œuvre que l'on se place habituellement pour constater l'existence ou l'absence d'un symptôme donné dans l'ensemble de ceux qui constituent telle ou telle affection. La critique que l'on peut faire du procédé est qu'il suppose une conception *a priori* de la pathogénie du genre de maladie recherchée. Mais à ceci l'on peut répondre qu'il est difficile de faire un examen médical complet et fructueux sans comparer ce que l'on observe chez le malade à tel ensemble de symptômes systématisés caractérisé par un nom de maladie dans les traités de pathologie. S'il n'y a pas concordance entre les données prises au lit du patient et la description de l'affection, il faut rapporter ce que l'on découvre à d'autres maladies, jusqu'à ce que l'on ait trouvé avec l'une d'elles une similitude suffisante pour être conduit à l'établissement du diagnostic, à moins, toutefois, qu'il ne s'agisse d'une affection inconnue ou non cataloguée. Le mal n'est donc point de se servir d'une hypothèse, il serait de l'utiliser avec l'idée préconçue ou avec la tendance inconsciente de faire cadrer les données de l'observation avec l'hypothèse. Mais aussi un avantage

certain d'avoir une hypothèse est que la ruine même de l'hypothèse défectueuse est chose fatale quand les observations sont bien faites. Or, ceci est important, car si une hypothèse est reconnue insuffisante, elle est nécessairement remplacée à bref délai par une nouvelle, et cette nouvelle est généralement meilleure, puisqu'elle sacrifie ce par quoi la précédente était mauvaise, qu'elle fait justice de jugements qui paraissaient naturels et nécessaires, et qu'elle a chance de rapprocher de la vérité par ce qu'elle contient de nouveau et particulièrement par ce qu'elle ne contient plus d'inexact.

Si bien faits que soient les travaux concernant les aphasies, si intéressantes qu'aient été les autopsies et les observations cliniques, physiologiques et psychologiques, la part laissée aux hypothèses sur des points nombreux et importants est encore fort grande, et l'intérêt scientifique exige ou que l'on reconnaisse ces hypothèses pour des faits si elles sont exactes, ou que l'on se débarrasse d'elles si elles ne le sont pas. Mais, à moins que par l'effet de la synthèse ou intuition géniale de quelque observateur à venir, la connaissance ne peut se préciser et s'étendre que par l'élimination successive d'hypothèses de moins en moins insuffisantes.

En pareil sujet, un mérite appréciable de l'hypothèse est qu'elle suppose un ensemble, un système, et comme, dans le système, tout se tient, elle nécessite un plan ; elle touche à un grand nombre de points, et remémore une grande quantité de questions qui, sans elle, seraient laissées dans l'ombre.

Ainsi, dans l'examen d'un aphasique, le souvenir de la découverte de plusieurs centres et l'hypothèse de certaines connexions entre eux permet de rappeler, avec l'existence de tous les centres, les relations de chacun d'eux avec tous les autres, et les modalités hypothétiques de ces relations.

©BIUM

En examinant les modalités possibles des relations intercentrales, je voudrais démontrer qu'il y a intérêt à pousser aussi loin que possible la systématisation des recherches, et que des points omis dans les observations, ou négligés par les observateurs, mériteraient peut-être d'être, au contraire, l'objet de l'étude la plus minutieuse, dussent les résultats de cette étude et leurs conséquences donner parfois des résultats négatifs, c'est-à-dire infirmer certaines des idées mêmes en vertu desquelles elle fut entreprise.

PARAPHASIES ET RELATIONS INTERCENTRALES

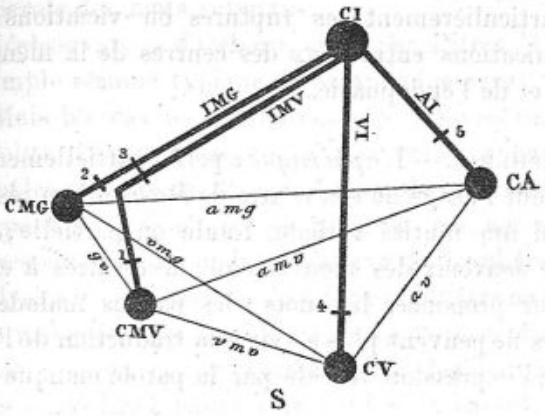
En l'état actuel de la science, l'hypothèse la plus rationnelle est d'admettre que chaque centre est en relation avec les centres intellectuels supérieurs, et aussi avec tous les autres centres. Pour étudier un cas d'aphasie ou de paraphasie, nous serons donc amené à utiliser le schème S. Dans ce schème, CI représente l'ensemble des centres intellectuels supérieurs (1), CA le cendre auditif verbal (première temporale), CV le centre visuel verbal (pli courbe), CMV le centre moteur verbal (pied de la troisième circonvolution frontale), enfin CMG le centre moteur graphique (pied de la deuxième frontale), que nous sommes en droit de soupçonner en relations très étroites avec le précédent CMV.

Pour étudier l'arrêt de fonctionnement ou la viciation du fonctionnement d'un centre, nous sommes, en bonne logique, conduits à rechercher l'état (intégrité ou non-intégrité) des voies de communication qui émanent de ce centre, ou y aboutissent, pour le relier aux autres centres de la mémoire verbale, ou aux centres intellectuels. Cette

(1) Nous appelons ainsi l'ensemble des zones psychiques où s'effectuent les opérations intellectuelles les plus élevées.

recherche systématique de l'état des voies de communication intercentrales sera un élément important de tout examen raisonnable d'un cas d'aphasie ou de paraphasie.

Mais, tout d'abord, constatons qu'en une question aussi complexe l'emploi d'un vocabulaire très précis est une nécessité. Il me semble nécessaire de laisser au



Schème S.

terme vicieux mais habituellement usité d'*aphasie* sa valeur générale et générique : l'*aphémie*, l'*agraphie*, la *cécité verbale*, la *surdité verbale* sont des *aphasies*. Quant au mot de paraphasie, il paraît logique de lui laisser également une valeur toute générale. Selon l'heureuse distinction due à Pitres (1), ce sont des lésions dans lesquelles il n'y a pas, comme dans l'aphasie, perte de l'usage de l'un des centres de la mémoire verbale ou du langage intérieur, mais bien usage défectueux, viciation du fonctionnement de l'un de ces centres.

Aussi distinguerons-nous entre *la paraphasie* que

(1) V. Pitres. Etude sur les Paraphasies. *Revue de médecine*, 1899, n° 5, 10 mai.

©BIUM

nous considérerons comme étant occasionnée par la rupture complète ou incomplète des voies de communication, par la viciation, sous l'influence d'un processus pathogène, des communications entre un centre et le centre intellectuel (ou pour mieux dire l'ensemble des centres intellectuels supérieurs), et les *Leitungsaphasies*, mot par lequel il conviendrait de distinguer plus particulièrement les ruptures ou viciations des communications entre deux des centres de la mémoire verbale et de l'endophasie.

PARAPHÉMIE. — L'*aphémique* a perdu partiellement ou totalement l'usage de son centre de Broca ; il en résulte pour lui une mutité verbale, totale ou partielle ; il a perdu le souvenir des mouvements nécessaires à effectuer pour prononcer les mots ; les parties malades ou détruites ne peuvent plus servir à la traduction de l'idée en mot ; l'expression verbale par la parole manque à la pensée.

Le *paraphémique* parle, mais il n'y a plus concordance entre la pensée et l'expression ; il n'y a pas destruction du centre de Broca, mais fonctionnement vicieux de ce centre, manque de synergie entre le déroulement de la pensée et le mécanisme vocal, usage inadéquat du centre à l'emploi désiré par le malade ; les expressions ne sont plus adéquates aux pensées.

Si nous supposons chez un tel malade la voie de communication CMV-CI interrompue ou tout au moins devenue défectueuse (en 1 par exemple), l'examen du schème nous démontre que les principaux symptômes à rechercher sont :

La dysphémie (1) ou emploi de mots, de syllabes

(1) La dysphémie n'est autre chose que la paraphémie au sens actuel du mot ; mais il semble indiqué d'appeler paraphémie non

ou de sons non appropriés aux pensées que le malade désire émettre ;

La dyslexie ou lecture vicieuse, c'est-à-dire l'impossibilité de reproduire convenablement par la parole les mots d'un texte lu ;

La dyséchophémie ou répétition vicieuse, c'est-à-dire l'impossibilité de reproduire d'une façon appropriée par la parole des mots entendus.

L'observation d'Osborn, citée par Pitres (1), est un exemple résumé typique de paraphémie pure.

Mais les cas ne présentent pas toujours une netteté absolue. Il peut arriver que chez certains paraphémiques les principaux (2) symptômes de ceux qui accompagnent la dysphémie soient légers, peu accusés et ne correspondent pas au degré observé de dysphémie ; ainsi la dyslexie ou la diséchophémie peuvent être ou nulles ou peu marquées : le malade conserve la possibilité de répéter plus ou moins complètement des paroles entendues ou de lire à haute voix (ou à voix basse). Ainsi le malade d'Osborn répétait les monosyllabes. C'est un point important de l'examen de savoir si l'on se trouve réellement en présence d'un paraphémique, et si, dans ce cas, le fonctionnement du centre verbal pendant la lecture ou la répétition des paroles entendues n'est pas dû à des impressions transmises directement du centre visuel (CV) par *vmv* pour la lecture, du centre auditif (CA) par *amv* pour la répétition. De même, lorsque la

---

pas seulement le symptôme le plus important, mais l'affection elle-même avec l'ensemble de ceux que l'on constate dans cette variété de paraphasie.

(1) Pitres. Ouv. cité, p. 527.

(2) On peut encore insister sur d'autres symptômes : ainsi l'impossibilité de traduire par la parole la signification d'actes mimés. Voir in *Le langage, la parole et les aphasies* du Dr Ferrand (Paris, Rueff) ce qui a trait à l'*amimie* et à ses rapports avec l'aphémie.

©BIUM

mutité verbale, l'*alexie*, l'*anéchophémie* ne sont pas totales dans un cas d'aphémie pure, doit-il être de règle de rechercher non seulement si certaines parties du centre malade ou détruit n'ont pas échappé à la maladie et à la destruction, et obéissent encore au centre intellectuel, traduisent encore convenablement les idées, mais aussi si certaines paroles ne sont pas de véritables réflexes, obtenus par l'excitation des autres centres du langage intérieur ou de la mémoire verbale servant en quelque sorte *d'inducteurs*, ce qui supposera que les parties du centre lésé restées saines sont privées de leurs communications normales avec CI, c'est-à-dire que l'aphémie est compliquée de paraphémie. Il sera donc nécessaire en bien des cas de faire la part de l'aphémie et celle de la paraphémie et, lorsqu'on croit à l'existence d'un certain degré de paraphémie, de rechercher soigneusement les symptômes qui la caractérisent.

La possibilité de l'induction d'un centre verbal par un autre est aisément explicable. A l'état normal il arrive de lire tout haut ou tout bas, sans comprendre le sens des mots ou des phrases lus ; il peut se faire aussi que l'on répète machinalement et sans les comprendre des paroles entendues ; des enfants savent par cœur et récitent des textes emmagasinés dans leur mémoire par de purs procédés mécaniques à la suite d'impressions agissant sur l'œil ou sur l'ouïe, et de la signification desquels ils n'ont pas souci ; il n'est pas étonnant de trouver chez le paraphémique une semblable possibilité de parler machinalement. La nature des occupations du malade, avant l'accident cérébral, expliquerait sans doute, dans bien des cas, le plus ou moins de facilité de la lecture ou de la répétition automatiques.

Toutefois il ne faut pas croire que l'induction du centre privé de communications avec CI puisse se faire uniquement par la voie la plus courte entre le centre inducteur

et le centre induit. Rien ne prouve que si chez certains paraphémiques la lecture vocale (1) est encore possible, elle le soit, dans tous les cas, au moyen de la voie *vmv*. Cette voie *vmv* peut être ou altérée ou détruite (*Leitungs aphasie* compliquant la paraphémie) ou simplement inusitée, je dirais presque inexistante chez le sujet, lors même qu'il se trouvait en état de santé et que son cerveau fonctionnait normalement; il peut en être de même de la voie *vmg* (2). L'impression partie de CV pourra gagner CI, par VI, puis CA par AI et venir enfin exciter CMV par *amv*; nous pouvons concevoir le trajet CV-VI-CI-AI-CA *amv* CMV : en ce cas l'impression visuelle, le mot lu et compris, amènerait l'éveil de l'image verbale auditive, laquelle amènerait à son tour l'excitation du centre moteur verbal, le déclenchement vocal approprié soit directement (voie *amv*), soit même en suivant la voie CA-*amg*-CMG-*gv*-CMV, c'est-à-dire en déterminant d'abord l'apparition des signes verbaux graphiques qui, chez certains sujets, sont en connexion étroite avec les signes vocaux. On cite le cas de malades qui, atteints de cécité verbale, parviennent à lire, en suivant du doigt le contour des lettres ; chez ceux-ci un travail intelligent précédait l'éveil de la mémoire motrice graphique, laquelle à son tour déterminait le fonctionnement du centre verbal CMV.

Si donc, chez un paraphémique, la dyslexie ou la dyséchophémie sont légères ou n'existent pas, il sera nécessaire de rechercher, lors des lectures ou des répéti-

(1) Je dis lecture vocale pour éviter la confusion avec lecture mentale.

(2) Si la voie *vmg* est intacte, si elle fonctionne aisément chez le malade, la vue des mots pourra éveiller la mémoire graphique et le sujet, en faisant usage de celle-ci, c'est-à-dire en écrivant mentalement ou réellement les mots qu'il voit, arrivera, dans certains cas, à les prononcer (voie CV-*vmg*-CMG-*gv*-CMV).

©BIUM

tions de mots imposées au sujet, si ces lectures ou répétitions ne sont vraiment obtenues qu'au moyen des autres centres de la mémoire, si *CI est impressionnée avant, pendant ou après l'émission vocale* (certains malades pouvant ne comprendre ce qu'ils lisent que par le son de leur propre voix, parce qu'ils s'entendent parler et que leurs oreilles leur apprennent ce qu'a prononcé leur bouche).

Pour difficile que soit la découverte des voies de communication employées par le paraphémique lorsqu'il arrive à exprimer convenablement les mots qu'il lit ou qu'il entend, il sera de toute nécessité de la tenter. Aussi faudra-t-il tâcher de se rendre compte de ce qu'étaient avant la maladie, de ce que sont depuis, et la formule endophasique et les modes habituels d'association des centres.

PARAGRAPHIE. — La paragraphie complique très souvent la paraphémie. Le centre de la deuxième frontale se développe sans doute sous l'influence de MV et grâce au fonctionnement synergique de ce centre déjà exercé, car l'on apprend à écrire longtemps après que l'on sait parler. Aussi l'agraphie et la paragraphie pures (1) sans troubles de la parole sont-elles assez rares. Au contraire les cas de paraphémie et de paragraphie combinées de différentes façons sont-ils fréquents.

Si nous supposons la paragraphie occasionnée par une interception de la voie de communication IMG (en 2 par exemple), nous devrons, bien entendu, rechercher les symptômes principaux suivants :

La dysgraphie ou écriture spontanée inadéquate à la pensée à écrire ;

(1) Ballet. *Le langage intérieur*. Paris, Alcan, p. 131. V. travaux de Charcot et de Pitres.

La dyscopie, ou copie défectueuse des textes lus;

La dyséchographie, ou exécution vicieuse des dictées.

La possibilité de copier des textes ou d'écrire sous la dictée, grâce à l'excitation du centre CV dans le premier cas, du centre CA dans le second, sera parfois plus ou moins bien conservée, de même que peuvent l'être dans la paraphémie la possibilité de lire oralement (1) ou de répéter des mots entendus. La raison en est qu'il arrive à l'état normal de copier machinalement ou d'écrire machinalement sous la dictée : beaucoup d'élèves font ainsi au cours d'un professeur.

L'usage des voies de communication intercentrales qui ne rencontrent pas CI explique, en bien des cas de paraphémie ou de paragraphie, la possibilité d'actes intellectuels qui devraient ne pas pouvoir être effectués.

Il est même bon d'étudier en pareil cas *le rôle de l'attention* : de savoir si par exemple la lecture machinale (en cas de paraphémie) n'est pas la seule possible, et si l'appel de l'attention, en forçant le malade à comprendre ce qu'il lit, ne gêne pas ou même ne supprime pas la lecture machinale (2) ; si, en forçant les impressions à passer par CI et par conséquent à prendre la voie interrompue ou tout au moins défectueuses IMV, (ou, à défaut de celle-ci, parfois tout à fait impraticable, à suivre un de ces longs trajets indirects que nous avons mentionnés p. 185), on ne détermine pas immédiatement la dyslexie. La lecture peut n'être possible qu'à la faveur

(1) Dans les exemples cités par Pitres (v. p. 529, 530), l'absence de dyslexie est constatée deux fois dans des cas de paraphémie non purs, mais compliqués de paragraphie.

(2) Remarquons qu'à l'état normal certaines personnes ne parviennent à retrouver l'orthographe d'un mot qu'après plusieurs essais exécutés machinalement. Il arrive aussi d'oublier certains noms que tous les efforts de l'attention sont impuissants à ressaisir et qui, à un moment donné, semblent s'offrir spontanément à la mémoire.

©BIUM

d'un état de *distraction* (1), état qui peut disparaître aussitôt l'attention éveillée. Le rôle de l'attention doit être étudié non seulement au sujet des symptômes manquants, mais encore au sujet de chaque symptôme, ne fût-ce que pour se rendre compte de la valeur des idées de Küssmaul qui considère les paraphasies comme un trouble de l'attention.

Ces symptômes seront dans la paraphémie compliquée de paragraphie (2) :

1° La *dysphémie*, la *dyslexie*, la *dyséchophémie* (symptômes de la paraphémie) ;

2° La *dysgraphie*, la *dyscopie*, la *dyséchographie* (3) (symptômes de la paragraphie).

Nous supposons en pareil cas que la lésion, le processus morbide amenant la viciation des communications entre CI d'une part, CMV, CMG de l'autre, siège en 3 sur la voie motrice et intéresse IMV et IMG.

Pour la paragraphie, pour la paragraphie et le paraphémie combinées, comme pour la paraphémie, il est donc nécessaire de chercher à connaître : les symptômes existants et les symptômes manquants ; — si l'absence de ceux-ci est due au fonctionnement, à l'*induction* (par les centres verbaux ou du langage intérieur) du centre lésé ou dont les communications avec CI sont viciées ; — comment se fait cette induction, par quelle voie ; — si les centres intellectuels entrent en jeu, et dans quelle phase de l'opération ; — si leur intervention retarde ou facilite l'opération ; — quelle est l'influence de l'attention ;

(1) V. in *Annales médico-psychologiques :* La distraction cérébrale, novembre 1898.

(2) Voy. *in* ouvr. cité de Pitres : certains symptômes, la dyscopie notamment (observations III et VI), manquent ou sont plus ou moins atténués.

(3) L'*acopie*, l'*anéchographie* totales ou limitées à certains signes graphiques sont les troubles de l'agraphie, correspondent à la dyscopie et à la dyséchographie de la paragraphie.

— ce qu'était avant, ce qu'est la formule endophasique, ses relations avec les centres de mémoire verbale, si les habitudes antérieures, le métier (1) expliquent la possibilité d'opérations intellectuelles exécutées machinalement ; — si l'opération machinalement exécutée est comprise par le malade, au moyen de quelle voie elle est comprise et *à quel moment* de l'acte.

PARACÉCITÉ ET PARASURDITÉ VERBALES. — Si nous supposons une gêne dans les communications entre CI et CV, en 4 par exemple, la comparaison par le cerveau entre les signes verbaux vus par les yeux avec les images verbales appropriées se fera mal et le malade atteint de paracécité verbale ne percevra plus que mal les mots lus ; il y aura des trous et des inexactitudes dans sa façon de lire; il y aura dysopsie et par conséquent dyslexie ; cette dyslexie se distinguera de la dyslexie paraphémique : celle-ci consiste en l'impossibilité de lire oralement, d'exprimer à haute voix les mots d'un texte compris par le cerveau au moyen des yeux ; la dyslexie due à une viciation des communications entre le centre visuel et les centres psychiques au contraire est due à l'inexactitude des renseignements fournis à ces centres.

Il y aura donc lieu de distinguer dans le cas de paraphasie entre la *dyslexie motrice ou paraphémique* et la *dyslexie sensorielle ou visuelle.*

On peut aussi penser que si un malade atteint de

(1) Il serait intéressant de vérifier si la faculté de copier ou d'écrire sous la dictée est plus souvent conservée au paragraphique que ne l'est au paraphémique la possibilité de lire ou de répéter des mots entendus. Il est moins rare à l'état normal de copier un texte sans le comprendre ou d'écrire machinalement sous la dictée que de lire sans savoir ce que le texte signifie, ou de répéter des mots sans se douter de ce qu'ils veulent dire.

©BIUM

dyslexie visuelle reconnaît certaines parties d'un mot, les associations visuelles-motrices ou les efforts de l'intelligence pourront cependant lui permettre de prononcer le mot entier. Il faudra donc rechercher si, au moment où ils sont prononcés, les mots sont réellement vus ou du moins lus en entier. On contrôlera l'affirmation du malade en lui faisant lire des mots sans signification, composés de syllabes qui ne se suivent pas dans un ordre logique prévisible, mots forgés et sans équivalents dans la langue ; ils permettront de vérifier si réellement le malade lit, tandis qu'avec l'emploi de mots connus, la vue d'un fragment, d'une syllabe peut amener le déclenchement du mot vrai par le centre moteur graphique, soit par divination, soit machinalement, et dans ce dernier cas sa compréhension par le malade qui s'entend prononcer ou qui perçoit mentalement ses images motrices.

Cette méthode doit être appliquée chaque fois que la constatation de faux pas dans la lecture met sur la trace de troubles paraphasiques (1).

Outre la *dyslexie visuelle*, nous pourrons trouver dans les cas de paracécité verbale de la *dyscopie visuelle*, justiciable des mêmes remarques, et qu'il ne faudra pas confondre avec la *dyscopie sensorielle* ou *paragraphique*, de même qu'on doit distinguer entre l'*alexie* et *l'acopie visuelles* et l'*alexie phémique* et l'*acopie agraphique*.

Certains cas de cécité littérale paraissent être des

(1) La méthode n'a d'ailleurs pas une valeur absolue; la possibilité de lire ou de copier même des mots forgés peut subsister, par un mécanisme analogue à celui qui permet au paraphémique de lire ou de répéter, au paragraphique de copier ou d'écrire sous la dictée; à ce sujet, V. *in* Observations de Westphal, l'exemple de ce malade qui, atteint de cécité verbale, arrivait néanmoins à lire en suivant avec un doigt le contour des lettres du texte.

cas de paracécité, et de même aussi il est probable que chez certains malades considérés comme étant atteints de surdité verbale, il existe seulement de la *parasurdité verbale*, c'est-à-dire une viciation plus ou moins complète de certains des sons de mots perçus par le cerveau.

Dans les cas d'interruption entre CA et CI (interruption figurée en 5 sur le schème), les centres intellectuels ne percevront plus que des données inexactes ou incomplètes; la comparaison entre les sons entendus et les images auditives verbales se fera mal. Il en résultera de la *dysacousie* et, par conséquent, une *diséchophémie* et une *dyséchographie sensorielles* caractérisées par ce fait que les mots mal répétés ou mal écrits sous la dictée le seront parce qu'ils auront été mal compris, tandis que dans la *dyséchophémie paraphémique* et dans la *dysécho-graphie paragraphique* ils le sont parce que les centres moteurs fonctionnent mal, qu'ils sont inaptes à exprimer convenablement les mots entendus (1). Ici encore l'*emploi de mots forgés* permettra de déceler la lésion, de démasquer le travail de divination ou le travail machinal qui permet de suppléer aux lacunes de l'audition au moyen d'associations auditivo-motrices verbales ou graphiques, ou au moyen de l'intelligence aidée par la vue du geste, de la mimique de l'interlocuteur.

Il serait intéressant de savoir si la cécité ou la paracécité verbales survenant chez un verbo-visuel, ou bien la surdité ou la parasurdité verbales survenant chez un verbo-auditif, ne peuvent pas entraîner dans chaque cas un certain degré de dysphémie, et même de dysgraphie;

(1) Il faudra également distinguer l'*anéchophémie* et l'*anéchographie sensorielles* de l'*anéchophémie aphémique* et de l'*anéchographie agraphique*.

©BIUM

s'il n'existe pas tout au moins un retard dans l'expression de l'idée, un écart entre le moment de la conception et celui de l'expression.

CENTRE ENDOPHASIQUE ET CENTRES DE MÉMOIRE VERBALE

La question de l'examen d'un paraphasique, déjà compliquée, comme on a pu le voir d'après les données qui précèdent, l'est encore bien davantage qu'elle ne le paraît de prime abord.

Je pense qu'il serait utile de ne pas confondre le centre de la mémoire verbale avec le centre du langage intérieur (centre endophasique) (1) correspondant. En 1892, j'écrivais (2) qu'il fallait bien nettement distinguer mémoire visuelle, mémoire visuelle typographique des textes, mémoire visuelle verbale et endophasie visuelle verbale.

En 1899, je disais (3) : « Il n'est nullement prouvé qu'il y ait identité absolue entre le centre du langage intérieur et celui de la mémoire verbale correspondante », et aussi : « Mémoire verbale et langage intérieur ne sont point tout à fait synonymes ; il est possible que la physiologie et la clinique le prouvent quelque jour. Ainsi un auditif peut avoir une excellente mémoire visuelle verbale ; il n'est nullement absurde de penser que cette mémoire visuelle verbale puisse être supérieure même à sa mémoire verbale auditive. »

Le langage intérieur, c'est l'expression spontanée des

---

(1) L'expression d'endophasie, que j'ai proposée en 1892, a été adoptée par un grand nombre d'auteurs. V. Pitres, Flournoy (de Genève), Ajam, etc. V., au sujet du langage intérieur, les travaux de Binet et de ses élèves (Collection de l'*Année psychologique*), et ceux de Flournoy.

(2) *Essais sur le langage intérieur*. Paris, Masson, 1892.

(3) *Revue Scientifique*, « L'étude des langues au point de vue psycho-physiologique » (8 juillet 1899). — « A propos du visuellisme et de l'étude des langues » (25 août 1900).

idées sous une forme verbale ; c'est autre chose que de la mémoire verbale pure. Et cependant, dans la plupart des expériences de psychophysiologie, c'est la mémoire verbale que l'on interroge, en croyant interroger l'endophasie : ainsi, à propos de la mémoire visuelle, lorsqu'on demande au sujet s'il voit mentalement des textes appris par cœur.

Les raisons sur lesquelles s'appuie la distinction à faire entre l'endophasie et la mémoire verbale sont les suivantes :

a. — Lorsqu'une image visuelle verbale (en prenant pour exemple les centres visuels) frappe le regard, il se produit une excitation centripète qui, venue de l'œil, frappe simultanément ou quasi simultanément des centres intellectuels et un centre de mémoire visuel verbal. L'image visuelle emmagasinée au cours de ce travail doit l'être dans un centre de mémoire qu'il est logique de supposer distinct du centre endophasique, puisque celui-ci est un centre d'impressions verbales également, mais toujours identiques à elles-mêmes, et non à telles ou telles images verbales perçues par l'œil ; la trame endophasique est en quelque sorte schématique ; elle a été fabriquée par le cerveau à l'aide d'éléments venus de l'extérieur, sans doute, mais grâce à une sorte de travail qui n'est pas le simple emmagasinement habituel.

b. — Lorsque des images visuelles verbales s'emmagasinent dans le centre de mémoire visuelle verbale, elles ont chacune leurs dimensions, leurs formes caractéristiques, leur couleur,... en un mot une personnalité, sous laquelle elles reparaissent plus ou moins exactement au cours du souvenir ou de l'idéation ; au contraire, les signes visuels endophasiques, toujours semblables à eux-mêmes, *n'ayant jamais besoin à l'état normal d'un travail d'évocation pour apparaître*, en corrélation incessante avec l'idéation dont ils sont la trame, sem-

©BIUM

blent avoir été non puisés à la suite d'un travail inconscient du cerveau dans les images mêmes des textes, mais confectionnés *au moyen de souvenirs verbaux* (1) des textes. C'est un instrument spécial qui s'est formé dans le cerveau, et dont le fonctionnement se produit *soit par des impressions centrifuges émanées de* CI, soit *simultanément au fonctionnement de* CI *même*.

Ces deux arguments n'en font qu'un seul examiné sous deux aspects, — invariabilité du signe verbal endophasique ; variabilité de l'image verbale, — conservation de l'image verbale par le travail habituel d'emmagasinement des souvenirs ; développement de l'endophasie par un mécanisme spécial et parallélisme, synergie dans l'action des centres intellectuels et du centre endophasique.

Une confirmation de l'hypothèse se trouve encore dans le fait que :

c. — Un verbo-visuel peut avoir une mémoire visuelle verbale médiocre et une très bonne mémoire auditive, alors qu'un verbo-auditif ou un verbo-moteur peuvent avoir la mémoire verbale surtout visuelle.

d. — Le travail de remémoration d'un texte est un travail voulu, refléchi, tout au moins impliquant une recherche suivie plus ou moins rapidement du résultat désiré, et qui a pour but de faire réapparaître les images verbales de la mémoire, non celles de l'endophasie (2) ;

(1) Le centre endophasique a dû se développer *au moyen* du centre de la mémoire verbale de même nom, mais très probablement sans s'identifier à ce centre : il s'est servi des éléments du centre de mémoire verbale ; mais ceux-ci subsistent, s'enrichissent et s'appauvrissent quotidiennement, et le centre endophasique ne les a pas remplacés ni annihilés ; la preuve est qu'un verbo-visuel peut avoir des souvenirs visuels verbaux, plus ou moins *semblables* à ceux de son endophasie, mais non identiques à eux, et qui peuvent se rapporter à tel ou tel texte déterminé vu par le sujet.

(2) A moins qu'une transposition ne s'opère.

©BIUM

cette dernière est spontanée, liée à l'idéation, développée dans le cerveau grâce à une aptitude inconsciente, peut-être héréditaire, innée, à la suite d'impressions d'enfance, trop lointaines pour être retrouvées ; elles ont cessé d'être identiques à aucun signe verbal de texte déterminé, puisque, grâce à l'élaboration, au travail de synthèse du cerveau, celui-ci en a fait quelque chose de personnel, elles portent son empreinte, elles sont fonction de ce cerveau, tandis que l'image verbale habituelle est une image dont la conservation est consécutive à un simple emmagasinement, dont il devrait être possible de retrouver la date, n'était la quantité considérable des opérations visuelles verbales quotidiennement effectuées.

e. — On considère comme possible, — peut-être y aurait-il des réserves à faire à ce sujet, — la création d'un centre endophasique *distinct* pour l'emploi d'une langue étrangère, nouvellement apprise. On reconnaît par là la possibilité de l'existence d'un centre endophasique *distinct* du centre de la mémoire verbale correspondante.

Ce qui est vrai du centre visuel l'est du centre auditif. *Certains verbo-auditifs distinguent entre la voix de leur endophasie, voix personnelle, originale, née en eux, élaborée par leur cerveau, et les souvenirs auditifs des mots, des paroles qu'ils ont entendu prononcer.*

Pour le moteur on peut également admettre une différence entre le fait de parler (prononcer un mot suppose une excitation centrifuge née de CI, l'éveil de centres moteurs verbaux, le fonctionnement des nerfs et des muscles) et le fait de parler mentalement, qui implique, après l'excitation centrifuge et l'éveil des centres de mémoire motrice verbale, l'arrêt ou la réflexion sur CI, de l'excitation, qui, au lieu d'aboutir à une action centrifuge comme dans le premier cas, revient à son point

©BIUM

de départ. On doit donc supposer l'existence d'un centre endophasique moteur coexistant *chez les verbo-moteurs* avec le centre moteur verbal. La preuve en est que certains sujets qui ne sont point verbo-moteurs *ne peuvent pas parler mentalement* ; il est cependant probable qu'ils ont des souvenirs moteurs de leur élocution.

La conclusion est que tout sujet normal possède, outre les quatre centres de mémoire verbale plus ou moins bien inégalement développés : mémoire visuelle verbale, mémoire auditive verbale, mémoire motrice verbale, mémoire graphique verbale, un centre du langage intérieur de même nom que l'un des trois premiers (1) (centre endophasique visuel, centre endophasique auditif, centre endophasique moteur verbal), centre qui se trouve en relation étroite avec les centres psychiques où s'effectuent les opérations intellectuelles les plus élevées, et à l'unisson desquels il fonctionne.

Ce n'est donc point quatre centres verbaux, mais bien cinq centres (verbaux et endophasique) qu'il faut étudier dans un cas d'aphasie ou de paraphasie.

Et une distinction s'impose entre l'*aphasie et la paraphasie endophasiques* d'une part (c'est-à-dire la cessation ou la viciation de fonctionnement du centre du langage intérieur, la perte ou la viciation de ce langage intérieur, ou encore le retard du langage intérieur sur l'évolution de la pensée, le mot du langage intérieur n'apparaissant plus dans ce dernier cas au moment même où se présente l'idée qu'il désigne) — et d'autre part l'*aphasie ou la paraphasie mnémonique* due à une altération des centres de la mémoire verbale, ou à une viciation de leurs voies de communication avec CI, mais qui sont, à dire vrai, de pures amnésies ou paramnésies.

(1) Ou de même nom que le quatrième chez certains sourds-muets.

©BIUM

La clinique confirme assez bien cette donnée. Pitres a été amené à distinguer entre les aphasies proprement dites et les aphasies amnésiques, parmi lesquelles il distingue les amnésies de *fixation* (*défaut de pénétration*, *défaut de rétention*), et les amnésies de recollection divisées en *amnésies d'évocation*, de *reviviscence*, de *reconnaissance* (1).

En prenant à titre d'exemple le centre visuel verbal, on conçoit que chez un sujet *qui n'est pas verbo-visuel, c'est-à-dire qui n'a pas de centre endophasique visuel*, la viciation des communications entre le centre de la mémoire visuelle verbale et CI puisse déterminer des symptômes identiques à ceux de la paracécité verbale vraie : perte ou du moins viciation du fonctionnement chez un verbo-visuel, des communications entre le centre endophasique (visuel) et CI. De là, la confusion entre ces paramnésies et les paraphasies véritables.

Maintenant, c'est une question de savoir si le verbo-visuel, c'est-à-dire le sujet qui possède à la fois un centre endophasique visuel et un centre verbal visuel (2), peut être atteint de cécité ou de paracécité verbale endophasique sans l'être de cécité ou de paracécité verbale mnémonique, ou inversement ; si la lecture mentale des pensées peut être abolie on viciée chez un verbo-visuel, sans abolition ou viciation correspondante de la faculté de lire et de comprendre en lisant (par les images verbales). — Si inversement un verbo-visuel atteint de cécité ou de paracécité verbale mnémonique peut conti-

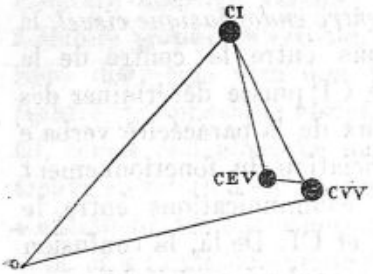
(1) Voir les travaux de Ribot, particulièrement : *Les Maladies de la mémoire.*

(2) De même qu'un verbo-auditif possède, outre les centres de mémoire visuelle verbale, motrice verbale et graphique verbale, un centre de mémoire auditive verbale et un centre d'endophasie auditive ; de même encore qu'un moteur possède un centre d'endophasie motrice et un centre de mémoire motrice verbale (V. schèmes 1, 2 et 3).

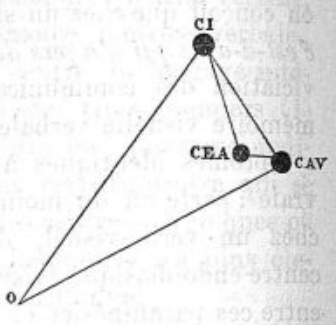
©BIUM

nuer à penser en lisant ses pensées (le centre endophasique étant intact), alors qu'il ne peut plus lire convenablement ou qu'il ne peut plus lire du tout les mots d'un texte, ou qu'il n'arrive à les lire qu'en les comparant successivement à l'image mentale que son cerveau en possède.

Il est également hasardeux de penser que des cas



1. Schème des centres visuels d'un sujet du type verbo-visuel.
O. OEil. CI. Centres intellectuels supérieurs.
CVV. Centre de mémoire visuelle verbale.
CEV. Centre d'endophasie visuelle.



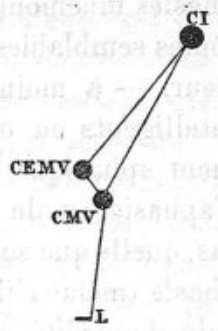
2. Schème des centres auditifs d'un sujet du type verbo-auditif.
O. Oreille. CI. Centres intellectuels supérieurs.
CAV. Centre de mémoire auditive verbale.
CEA. Centre endophasique auditif.

peuvent exister où un verbo-auditif ne peut plus entendre sa parole intérieure tout en comprenant les conversations qu'il entend, ou inversement ; — qu'un verbo-moteur ne puisse plus parler tout en continuant de parler intérieurement, ou inversement. On pourrait, dans ces différents cas (V. les schèmes 1, 2, 3), imaginer une rupture de communication non seulement entre celui des centres lésés et CI, mais encore entre les deux centres, l'un endophasique, l'autre de mémoire verbale.

Quoi qu'il en soit, l'étude de l'endophasie est d'une importance capitale dans l'examen d'un cas de paraphasie. Des auteurs notent que des malades ont senti s'opérer en eux une transformation endophasique, à la

suite d'une lésion cérébrale (1). La constatation d'un pareil phénomène est fort importante chaque fois qu'elle est possible, et le malade doit être interrogé à ce sujet.

Il serait intéressant aussi de savoir pourquoi tous les paraphémiques n'ont point au même degré la conscience de l'inexactitude et de l'étrangeté de leur langage. Les verbo-moteurs renseignés par leur langage intérieur, tout au moins par la défectuosité de ce langage intérieur, ne seraient-ils point précisément ceux des paraphémiques qui se rendent immédiatement compte de leur état, alors que l'ignorance constatée chez certains autres malades au début de leur affection tiendrait à ce fait que ces derniers ne sont pas verbo-moteurs (2)?



3. Schème des centres moteurs d'un sujet du type verbo-moteur.
L. Centres et organes de la phonation. CI. Centres intellectuels supérieurs.
CMV. Centre de mémoire motrice verbale.
CEMV. Centre endophasique moteur-verbal.

Chaque centre doit être interrogé méthodiquement. On doit, à mon avis, étudier successivement *les cinq et non quatre* centres suivants (3) :

Trois centres de mémoire verbale (*auditif, visuel, moteur verbal*) ;

Un centre endophasique (*de même nom que l'un des précédents, mais non identique à lui*) ;

Le centre de mémoire verbale graphique, avec lequel

(1) V. Ballet. *Le langage intérieur*, p. 101. « Les mots semblent résonner à l'oreille du malade, sensation toute nouvelle pour lui. »

(2) Une étude attentive de la fonction du centre de Broca conduit à une autre hypothèse que je compte examiner ultérieurement.

(3) Outre ces cinq centres, il peut être indiqué de chercher l'état de centres accessoires : centre de mémoire musicale, centres de mémoire des dessins, centre de mémoire des langues étrangères, etc.

©BIUM

ne coexiste pas de centre endophasique de même nom, au moins chez l'homme normal.

En l'état actuel de la science, il semble que longtemps encore il sera difficile, sinon impossible, de différencier certaines paraphasies endophasiques, c'est-à-dire celles qui impliquent viciation du langage intérieur, des paraphasies mnémoniques (amnésies, paramnésies) à symptômes semblables, mais sans troubles du langage intérieur, — à moins que sur des sujets particulièrement intelligents ou observateurs d'eux-mêmes. N'est vraiment aphasique ou paraphasique que le malade atteint d'aphasie ou de paraphasie endophasique, et dans ce cas, quelle que soit la forme de l'aphasie ou de la paraphasie (même s'il s'agit de cécité ou de paracécité verbale, de surdité ou de parasurdité verbale), il est probable qu'il existe, au moins au début, un certain degré de dysphémie.

LEITUNGSAPHASIES

Si nous réservons le mot de *paraphasie* (paraphémie, paragraphie, paracécité verbale, et parasurdité verbale) pour désigner la maladie causée par la viciation des voies de communication entre le centre endophasique ou entre un centre verbal (amnésie ou paraphasie amnésique ou mnémonique) et l'ensemble des centres psychiques où s'élaborent les actes intellectuels les plus élevés, et si nous désignons par *leitungsaphasies* les affections dans lesquelles il y aurait seulement rupture ou viciation de communications entre les centres verbaux ou entre le centre endophasique et des centres verbaux, nous arrivons aisément à comprendre quels seront les symptômes de ces dernières maladies, d'ailleurs probablement assez rares à l'état d'isolement.

©BIUM

La paraphasie est due à une séparation entre CI et un centre verbal; les *leitungsaphasies* sont occasionnées par une rupture de communication entre deux centres verbaux. Il est très probable que paraphasie et *leitungsaphasie* coexistent le plus souvent.

Isolées ou combinées avec la paraphasie, les *leitungsaphasies* doivent amener l'impossibilité d'effectuer certaines opérations combinées, et machinalement effectuées, grâce auxquelles, même à l'état de maladie, nous l'avons vu, un paraphémique, par exemple, peut lire un texte à voix haute ou à voix basse, un paragraphique copier ou écrire sous la dictée. Si l'on suppose interrompue la voie *vmv*, il est évident que la simple excitation de CV, sans participation de CI, ne suffira pas pour déterminer l'excitation adéquate en CMV. De même pour la voie *amv* et pour le jeu des centres CA et CMV, pour *av* et les centres CA et CV. Toutefois, s'il n'existe que de la *leitungsaphasie*, les symptômes auront chance de passer inaperçus, parce que les impressions passeront par CI, et que l'opération intellectuelle se fera dans de bonnes conditions.

La question des *leitungsaphasies* ne laisserait donc pas que de rester relativement assez simple, si les recherches faites jusqu'à présent ne nous enseignaient qu'elle se relie étroitement à l'étude des aphasies et paraphasies endophasiques. Voici comment :

La certitude est désormais acquise que les types d'endophasie pure (visuels, auditifs, moteurs purs) sont rares, et qu'au contraire les types mixtes par usage simultané des deux centres endophasiques, sont le plus répandus.

Si nous examinons le schéma S, nous voyons que les voies de communication intercentrales qu'il est logique de prévoir sont :

amv — voie auditivc-motrice ;

©BIUM

vmv — voie visuelo-motrice ;

av — voie auditivo-visuelle.

Or, d'après les statistiques que j'ai publiées en 1892 et dont la valeur n'a pas été, que je sache, infirmée, les différents types d'endophasie sont dans l'ordre de fréquence suivant :

	p. 100.
Auditivo-moteurs (*voie amv*) *par simultanéité*, usage simultané de CA et de CMV	30
Indéterminés	15
Verbo-auditifs (*centre* CA)	14
Auditivo-moteurs (*centres* CA *et* CMV), *par alternative* : tantôt auditifs, tantôt moteurs	10
Visuels-moteurs (*voie* vmv), *par simultanéité*, usage simultané de CMV de CV	10
Visuels auditivo-moteurs (*centres* CMV-CA-CV.), *par alternative* ; tantôt auditivo-moteurs, tantôt visuels	7,5
Verbo-visuels (*centre* CV.)	6
Verbo-moteurs (*centre* CMV) — usage des seules images motrices, — pas d'images auditives)	6
Auditivo-visuels (*voie av*) *par simultanéité* ; usage simultané de CA et de CV	0,5
Auditivo-visuel (*centre* CA *et* CV) *par alternative ;* tantôt verbo-visuels, tantôt verbo-auditifs	0,5
Indifférent par alternative (1) ; usage non simultané des trois centres CMV, CA, CV (2)	0.5

Or, nous devons admettre que le fonctionnement endophasique chez un type de formule mixte (par simultanéité) se fait soit par fonctionnement synergique de deux centres (CA et CMV par exemple chez les auditivo-moteurs), soit par suite du fonctionnement

---

(1) Je ne crois pas à l'existence de l'indifférent par simultanéité ; l'idée qu'il doit exister beaucoup de mixtes ou indifférents par alternative me paraît trouver son origine dans la confusion habituelle entre la mémoire verbale et l'endophasie, et je ne suis pas convaincu de l'existence, — sinon à titre exceptionnel, — du type décrit par Ballet.

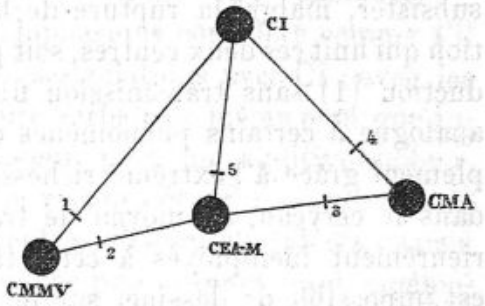
(2) Soit : *Types mixtes par simultanéité* (auditivo-moteurs, 30, chiffre probablement un peu trop fort, visuels-moteurs, 10, auditivo-visuels, 0,5) = **40,5/100**. *Types purs*, (auditifs 14, visuels, 6, moteurs, 6) = **26/100**. *Types mixtes par alternative* (auditivo-moteurs et visuels, 7,5 auditifs et moteurs, 10, auditifs et visuels, 0,5, indifférent, 0,50) = **18,5/100**. *Indéterminés*, **15/100**.

©BIUM

d'un véritable centre intermédiaire, qui s'est développé sur la voie de communication entre les deux centres de mémoire verbale correspondants.

On conçoit tout ce que cette seconde hypothèse, si elle est exacte, apporte de complications à la recherche de la nature d'une paraphasie ou d'une aphasie.

Je figure par le dessin S′ la disposition schématique du centre endophasique d'un auditivo-moteur. Soit CMMV le centre de mémoire motrice verbale, CMA le centre de mémoire auditive verbale, CEAM le centre endophasique auditivo-moteur, CI les centres intellectuels. Nous pouvons avoir des lésions siégeant en 1, en 2, en 3, en 4, sinon même en 5 sur la ligne hypothétique CI—CEAM. A ch aque lésion correspondront des symptômes paraphasiques, paramnésiques ou mixtes, que nous ne pensons pas utile pour le moment de chercher à analyser. Notons encore que les accidents pourront être compliqués de *leigtungsaphasies* situées sur l'une ou plusieurs des voies de commuuication qui unissent chacun des centres aux centres non figurés sur le schéma S′, c'est-à-dire aux centres CMV (centre de la mémoire visuelle verbale) et CMVG (centre de la mémoire motrice graphique).



Schème S′.

Si, au contraire, il n'existe pas, chez les types de formule mixte (auditivo-moteurs, auditivo-visuels), de centre mixte (comme CEAM) individualisé, on peut prévoir une *leitungsaphasie* qui, siégeant entre les deux centres endophasiques, sciudera en quelque sorte en

©BIUM

deux l'endophasie, privera le malade, si l'un des centres est isolé ou détruit, de l'une des deux formes verbales de son langage intérieur, mais, par cela même qu'elle lui laissera l'autre, permettra une rééducation plus rapide de sa gymnastique cérébrale.

On peut se demander aussi si le fonctionnement toujours synergique de deux centres endophasiques chez les sujets de formule mixte par simultanéité ne peut pas subsister, malgré la rupture de la voie de communication qui unit ces deux centres, soit par une sorte d'induction (1) sans transmission fibrillaire ou cellulaire analogue à certains phénomènes d'électricité, soit simplement grâce à l'extrême richesse des voies nerveuses dans le cerveau, au moyen de trajets nouveaux antérieurement inemployés à cette tâche. Notons que s'il est impossible de dessiner sur le papier (où, il est vrai en de semblables études on ne figure généralement qu'un seul plan) un schéma tel que S, sans qu'il n'y ait rencontre de voies de communication intercentrales, dans la réalité il doit exister de *ces carrefours mnémo-endophasiques*, dont l'existence, si elle simplifie le travail cérébral, complique singulièrement les recherches, si loin qu'elles poussent l'analyse et la systématisation.

Peut-être aussi les choses sont-elles moins complexes qu'elles ne le paraissent. Je crois que chez beaucoup de sujets de formule mixte, il n'y a en réalité qu'un seul centre endophasique, les images verbales du centre associé ne sont en quelque sorte fournies que de façon surnuméraire, à titre d'épiphénomène. Ainsi certains auditivo-moteurs prétendent que chez eux le procédé propre de leur endophasie est de parler intérieurement ;

(1) D'où par exemple l'absence de dyscopie ou de dyséchographie chez un paraphasique qui avant sa maladie avait l'habitude de copier ou d'écrire sous la dictée.

la voix qu'ils entendent n'est qu'un accompagnement. *Ils s'entendent mentalement parler mentalement.*

En tout cas, l'examen d'un malade de formule mixte atteint de paraphasie nécessitera l'étude des points suivants : — Maintien ou perte du langage intérieur ; formule mixte : emploi simultané ou alternatif des centres. — Modifications du langage intérieur ; perte de l'une des deux espèces de signes endophasiques. — Examen du centre endophasique considéré comme s'il existait isolément ; — ses relations avec CI ; avec les deux centres de mémoire verbale de même nom que lui (centres auditif et moteur pour un auditivo-moteur, moteur et visuel pour le visuel-moteur) ; — examen de chacun de ces deux centres d'abord considérés chacun comme étant endophasiques puis comme étant mnémoniques ; — relations avec CI ; avec les autres centres ; — recherche des facultés énumérées par Pitres (fixation, rétention, évocation, reviviscence, reconnaissance).

J'énumère, pour me résumer, quelques-uns des points qu'il me paraît utile d'élucider (1) dans l'examen des malades atteints de paraphasie.

1° *Etat des centres intellectuels supérieurs.* Intégrité ou non-intégrité de l'intelligence ;

2° Fonctionnement annihilé ou diminué du centre lésé (aphasie), ou *fonctionnement inadéquat du centre par rapport à l'expression (centres moteurs) ou à la sensation (centres sensitifs)* ;

3° *Altérations du langage intérieur.* Viciations des

(1) En l'état actuel de la science, et avec nos procédés d'investigation, il ne sera le plus souvent possible que d'arriver à des résultats incomplets ; je crois néanmoins que pour le moment les études ont beaucoup à gagner à des recherches essentiellement méthodiques et systématisées.

©BIUM

communications entre le centre endophasique et CI, — *paraphasie endophasique.*

Formule du langage intérieur avant la maladie. — Influence du métier. — Développement de centres endophasiques nouveaux pour l'emploi des langues étrangères, etc.

Formule mixte : type pur : examen des trois centres de mémoire verbale (auditive, visuelle, motrice verbale), — du centre endophasique de même nom que l'un des trois centres de mémoire verbale, — du centre moteur graphique. Soit en tout l'examen de cinq et non de quatre centres. Erreur qui consiste à confondre le centre endophasique avec le centre de la mémoire verbale de même nom. L'un de ces deux centres peut-il être lésé, son fonctionnement vicié sans qu'il y ait lésions ou viciations correspondantes de l'autre ?

Le malade a-t-il conscience d'une modification de son endophasie survenue depuis l'accident cérébral ?

Formule mixte ; types mixtes par simultanéité. Y a-t-il réellement fonctionnement synergique de deux centres endophasiques ; les images de l'un n'accompagnent-elles pas celles de l'autre (qui serait le véritable) à titre de phénomène surajouté ? — Le sujet a-t-il conscience d'avoir perdu une des deux espèces d'images de son endophasie ? — L'observateur pense-il qu'il existe un centre endophasique intermédiaire à deux centres de mémoire verbale ? — Examen du centre endophasique considéré comme s'il existait isolément ; ses relations avec CI ; avec les deux centres de mémoire verbale de même nom que lui (centres auditif et moteur pour un auditivo-moteur ; moteur et visuel pour un visuel-moteur) ; — examen de ces deux centres d'abord considérés chacun comme étant endophasique, puis comme étant mnémonique ; relations avec CI ; avec les autres centres ; recherche des facultés énumérées par Ribot et Pitres

©BIUM

(fixation, rétention, évocation, reviviscence, reconnaissance).

Si l'on pense qu'il y a réellement deux centres endophasiques, étude de chacun de ces centres et de chacun des centres de mémoire verbale correspondante. Étude de six et non plus de cinq centres.

Peut-on perdre le langage intérieur et conserver l'usage du centre verbal correspondant ou inversement ?

Carrefours mnémoniques, endophasiques, mnémo-endophasiques.

Types mixtes par alternative ; perte ou altération de l'une des deux espèces du langage intérienr ; examen de chaque centre endophasique et de chaque centre de mémoire verbale.

4° *Amnésies.* Examen des centres de la mémoire verbale.

Aphasies et paraphasies amnésiques. — Relations entre les centres de mémoire verbale et CI. — Symptômes communs des paraphasies endophasiques et des paraphasies mnémoniques. — Dans l'amnésie ou dans la paramnésie amnésique, signe capital : conservation de l'endophasie habituelle. — Les symptômes identiques ou non d'une paraphasie endophasique et d'une paramnésie mnémonique des centres de même nom ; perte du langage intérieur dans la paraphasie endophasique.

Examen de chaque centre d'après la classification de Pitres. Amnésie de fixation (défaut de pénétration, défaut de rétention). Amnésies de recollection (défaut d'évocation, défaut de reconnaissance).

5° *Paraphasies endophasiques.* Viciation des communications entre le centre du langage intérieur et les centres intellectuels ; usage ou réception inadéquats par le cerveau des signes verbaux.

A-t-on remarqué des cas où il n'existe que du retard de l'endophasie par rapport à la conception ?

©BIUM

Quelle que soit la forme de la paraphasie, n'y a-t-il pas souvent chez les malades qui en sont atteints un degré appréciable de dysphémie?

FORMES DE LA PARAPHASIE

A. — *Paraphémie.* — Symptômes principaux : *dysphémie, dyslexie, dyséchophémie motrices.*

Faculté de lire oralement, conservée ou non ; de lire mentalement, conservée ou non. — Faculté de répéter, parfois conservée. — Influence du *métier*, des occupations antérieures à la maladie. — Comment s'effectuent les opérations qui devaient être supprimées et qui cependant sont encore possibles ? — Le malade comprend-il ce qu'il lit, ce qu'il répète ? — Par quelles voies se font les opérations machinalement effectuées, — impressionnement de CI : avant, pendant, après l'opération ? Rôle de l'*attention*. Favorise-t-elle ou empêche-t-elle l'opération ?

Dans quelle mesure le malade se rend-il compte de l'étrangeté de son élocution ? — Y a-t-il effort et recherche du mot propre ; ou bien le malade parle-t-il d'abondance ? — Les verbo-moteurs ne s'aperçoivent-ils pas mieux que les autres de leur état, à cause de la perte de l'articulation motrice qui était la forme de leur langage intérieur.

B. — *Paragraphie.* — Symptômes principaux : *dysgraphie, dyscopie et dyséchographie motrices.* Remarques identiques à celles qui sont notées pour la paraphémie.

C. — *Paraphémie et Paragraphie associées.* — Symptômes principaux des deux affections.

D. — *Paracécité verbale.* Interruptions entre CI et CV (centre visuel endophasique). Reconnaissance défectueuse par le cerveau des textes écrits. — Copie des mots imprimés ; écriture cursive. — Cécité littérale. Symptômes principaux ; *dysopsie* ; *dyslexie, dyscopie sensorielles.*

Existe-t-il de la dysphémie? Lecture et faculté de copier conservées ou non. Rôle de la divination; rôle de l'attention ; *contrôle au moyen de mots forgés.*

E. — *Parasurdité verbale.* Interruptions entre CI et CA (centre auditif endophasique). Reconnaissance défectueuse par le cerveau des mots entendus. Symptômes principaux : *dysacousie* ; — *dyséchographie, dyséchophémie sensorielles.*

Répétition et faculté d'écrire sous la dictée conservées ou non ; — rôle de la divination ; — contrôle au moyen de mots forgés. — Rôle de l'attention. — Existe-t-il un degré appréciable de dysphémie?

Etudier dans chaque cas tous les centres de mémoire verbale y compris le centre de même nom que le centre endophasique atteint.

F. — *Leitungsaphasie.* — Viciation des communications entre deux centres. — Existe-t-elle isolée, ou complique-t-elle une autre lésion? Impossibilité d'effectuer des opérations machinales. — *Leitungsaphasie* entre les deux centres endophasiques chez un sujet de formule mixte (par simultanéité). — Possibilité ou non pour l'examen de l'emploi du sommeil hypnotique à tenter également dans toutes les formes de paraplasies ou d'aphasies en voie de guérison. — Rétablissement des communications par des voies nouvelles. — Induction d'un centre par un autre centre malgré la perte des communications entre eux.

Lésions de paraphasie endophasique et amnésique. Lésions possibles (schème S).

G. — Examen de la zone sensorielle ou motrice de même nom que le centre lésé. Absence de cécité psychique (1),

(1) V. Lépine. Sur un cas particulier de cécité psychique, in *Revue de Médecine*, 1897, tome XVII. Victor Nodet. *Les Agnosies ; la Cécité psychique en particulier.* Paris, Alcan, 1897.

©BIUM

de surdité psychique. Centres moteurs : Amimie (1). Examen du fonctionnement des centres spéciaux, du centre de mémoire musicale par exemple dans les cas de surdité verbale.

Notons, en terminant, que c'est par un véritable abus de langage que l'on qualifie de centres *moteurs* les centres prérolandiques de Broca et de l'agraphie ; il sera possible, par la disparition de cette confusion, de préciser ultérieurement des causes différentes et les différentes formes de paraphémie.

(Juillet 1901.)

---

(1) Dr Ferrand. *Le langage, la parole et les aphasies.* Paris, Rueff, 1894.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ÉPILEPSIE TARDIVE

ET L'ÉPILEPSIE SÉNILE

Par le Dr PAUL MASOIN

Médecin à la Colonie de Gheel, Membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

On considère, et avec raison, l'épilepsie comme une maladie de l'enfance et de l'adolescence. Toutefois, l'épilepsie, dans sa forme et ses caractères classiques, n'épargne pas absolument l'adulte, non plus que le vieillard. On lui donne dans ce cas, et trop souvent d'une manière assez indifférente, le nom d'épilepsie tardive ou d'épilepsie sénile. Mais qui ne voit la confusion que crée l'emploi inconsidéré de ces deux expressions ? Si l'appellation épilepsie tardive est également applicable à l'épilepsie sénile, cette dernière épithète, par contre, n'est nullement appropriée à l'épilepsie qui apparaît chez un sujet de trente à quarante ans, épilepsie tardive.

Cette remarque nosologique faite, voici une observation d'épilepsie sénile, dont les manifestations ont apparu pour la première fois chez un sujet âgé de soixante-quatorze ans ; nous la ferons suivre d'une seconde observation d'épilepsie survenue chez un sujet de cinquante ans ; enfin un cas d'épilepsie tardive complétera l'exposé clinique. Nous verrons l'enseignement qu'il est permis de tirer de ces divers exemples.

©BIUM

Observation I. — *Epilepsie sénile; homme, soixante-quatorze ans, artério-sclérose.* A..., né en 1826, est l'un des vétérans de la colonie de Gheel, où il est arrivé en 1843. Les documents de l'époque, particulièrement sobres de renseignements, apprennent qu'il offrait de la « manie extatique ».

Une sœur présentait des troubles intellectuels.

Résumant les notes périodiques, nous voyons qu'il a présenté un délire religieux à caractère expansif.

La déchéance physique et intellectuelle s'est insensiblement établie avec l'âge. La santé a toujours été excellente.

Dans le courant de l'année 1899, les nourriciers ont assisté, une nuit, à une sorte d'attaque, disent-ils, mais qui fut rapidement dissipée. C'était la première fois, affirment les nourriciers, chez qui le sujet habite depuis 1875; qu'ils fassent même à cet égard une légère erreur, la chose n'a pas grande importance.

Premier accès convulsif dans la nuit du 10-11 novembre 1900. Nouvel accès dans le courant de février 1901, accès diurne, très net d'après la description qui m'est faite.

Le 8 décembre 1901, quatre accès convulsifs consécutifs.

Le lendemain matin, nouvelle série : « Un accès n'était pas dissipé, disent les gens, qu'un autre se produisait ». Je le vis quelques heures après : T° ax., 37°2; P., 85-90, très dépressible; artères radiales dures. A part une légère arythmie du cœur, pas de signes d'affection cardiaque ou rénale. Pas de symptômes de lésion cérébrale en foyer.

L'âge du sujet, la dureté des artères, la dépressibilité du pouls, autorisent à rapporter les accès à l'athéromatose des artères.

Observation II. — B..., homme de cinquante-cinq ans. Ni alcoolisme ni syphilis. Sénilité précoce; signes nombreux d'artério-sclérose généralisée. Son père a présenté dans sa vieillesse des accidents épileptiformes; mort d'apoplexie. Un fils de B... est un débile mental.

Il a souffert dans ces dernières années de fréquentes épistaxis.

En 1897 (alors âgé de cinquante et un ans), un accès d'épilepsie convulsive; n'avait jamais présenté antérieurement rien de similaire, ou pouvant faire soupçonner le mal comitial.

Au cours de l'année 1901, a eu trois accès, tous nocturnes comme le premier; caractère nettement convulsif.

Dans ce cas, comme dans le précédent, nous pourrions rapporter les accidents épileptiques à l'artério-sclérose ; c'est d'ailleurs l'explication qui est généralement donnée de cas semblables, et qui, le plus souvent, est acceptée comme suffisante.

Tel n'est cependant pas notre avis.

Que l'artério-sclérose soit le substratum anatomique constant de l'épilepsie sénile, le fait n'a rien que de naturel, l'artério-sclérose étant l'apanage de la sénilité. Toutefois, que l'on songe d'une part au nombre considérable de sujets artério-scléreux, et d'autre part que l'on considère le nombre relativement restreint d'épilepsies dites séniles, et l'on accordera que cette explication uniforme manque de solidité.

Cette donnée ne peut évidemment être établie en chiffres. Mais voici, tout au moins, un tableau indiquant, pour des épileptiques d'âge différent, l'époque d'apparition de la maladie ; nous l'avons dressé en combinant les tableaux similaires de Mendel et de Milanitcz.

Age.	Apparition de l'épilepsie
1-5	203 cas.
6-10	173 —
11-15	238 —
16-20	220 —
21-25	104 —
26-30	61 —
31-35	71 —
35-40	55 —
41-45	24 —
46-50	15 —
51-55	11 —
56-60	9 —
61-65	11 —
66-70	1 —
Total	1.196 sujets.

Assurément, il y aurait long à épiloguer sur ces

chiffres (1). Pour demeurer strictement dans l'objet de ce travail, nous ne nous occuperons que des derniers, ceux qui ont trait à l'épilepsie apparaissant après 50 ans révolus. Nous voyons que sur 1.196 sujets épileptiques, la maladie ne s'est montrée que 32 fois après l'âge de 50 ans, dont 12 fois après l'âge de 60 ans; cette rareté relative ne s'accorde assurément pas avec la fréquence si grande de l'artério-sclérose au delà de cet âge. Cette seule condition anatomique nous semble donc insuffisante pour créer de toutes pièces la maladie.

Par contre, ici encore, la prédisposition héréditaire, facteur essentiel en neuropathologie, nous paraît jouer un rôle important. En effet, que voyons-nous? Une sœur d'A... (obs. I.) a présenté des troubles mentaux. Le père de B... (obs. II) a présenté des accidents épileptiformes séniles semblables à ceux du sujet; le fils de ce dernier est un débile mental. Dans les deux cas on peut croire que la prédisposition névropathique familiale, tout en restant égale à elle-même, a augmenté de puissance en proportion de la déchéance de l'individu due à l'âge, et activée d'autre part par l'actério-sclérose.

Il est intéressant de rapprocher du tableau ci-dessus le résultat des recherches de L. Maupaté sur l'époque d'apparition de l'épilepsie tardive, comprenant sous cette désignation les cas d'épilepsie survenant entre 30 et 60 ans : examinant à cet égard 120 épileptiques, il ne rencontra que 20 sujets — soit 1/6 — chez qui la maladie a débuté après l'âge de 30 ans. C'est approximativement la même proportion que fournit la statis-

(1) Contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, ces chiffres ne représentent nullement la fréquence de l'épilepsie pour les différents âges de la vie. Ce sont des données absolues, non des données relatives, proportionnelles à un nombre déterminé de sujets. Pour déterminer cette fréquence relative il faudrait tenir compte d'autre part de la mortalité aux différents âges, laquelle évidemment augmente avec l'âge.

©BIUM

tique ci-dessus et comprenant près de 1.200 malades.

Ce tableau montre encore, entre autres faits, que sur près de 1.200 sujets épileptiques pris au hasard des statistiques des asiles, 834, soit les 2/3, sont devenus épileptiques avant l'âge de 20 ans. Pour la période s'étendant de 21 à 25 ans, le chiffre est de plus de la moitié inférieur à celui de la période de 15-20 ; aussi suis-je porté à rapprocher cette série plutôt de la série suivante 26-30, que de celle qui la précède. L'épilepsie tardive serait ainsi celle qui apparaît au delà de la vingtième année. Nous pouvons invoquer ici l'autorité de Nothnagel : « Tout individu, dit-il, qui a dépassé l'âge de vingt ans, n'a plus à craindre l'épilepsie héréditaire ».

Il nous semble en tout cas excessif de ne considérer, avec W. Lüth, comme épilepsie tardive, que celle qui apparaît après trente ans chez l'homme, et vingt-cinq ans chez la femme. Mieux vaudrait fixer la limite uniformément à vingt-cinq ans, bien que les statistiques engageraient à reculer encore pour fixer l'âge de vingt ans comme limite d'apparition de l'épilepsie héréditaire.

Voici maintenant un exemple d'épilepsie tardive ; la prédisposition névropathique familiale se retrouve ici au même titre que dans les deux premières observations (épilepsies séniles).

Observation III. — C..., admis à Gheel en 1890 ; diagnostic : imbécillité. Son dossier porte : « Sujet à des accès de colère et de fureur qui exigent l'assistance des personnes qui habitent sa demeure ». J'apprends qu'il présentait parfois du tremblement des mains. Les notes médicales n'accusent pas d'épilepsie, ce que confirment les nourriciers, gens attentifs et dignes de foi, chez qui le sujet habite depuis son arrivée à Gheel. En 1899, C..., étant âgé de vingt-quatre ans, eut un accès convulsif. Depuis lors les accès se sont reproduits, et actuellement ils se montrent assez régulièrement quatre à cinq fois par mois.

©BIUM

La prédisposition névropathique familiale est attestée par ce fait : C... a deux frères idiots ; l'un d'eux l'a devancé de cinq ans à Gheel : idiotie, pas d'épilepsie. Tous deux présentent de nombreux stigmates physiques de dégénérescence ; tempérament arthritique ; sujets à du sycosis et à des eczémas rebelles.

Rien n'autorise dans ce cas à invoquer l'artério-sclérose comme cause déterminante de l'épilepsie tardive. Pourquoi donc, dans ces cas-ci, l'épilepsie s'est-elle montrée si tardivement, alors que tant d'autres sujets placés dans des conditions en apparence identiques, seraient devenus épileptiques dans leur jeunesse, sinon dès leur enfance ? Question embarrassante, sans doute, comme le sont tant d'autres qui touchent à cette redoutable maladie ; le *Felix qui potuit rerum...*, etc., n'a sans doute jamais été répété aussi souvent qu'à propos de l'épilepsie. En tout cas, la thèse de Lüth qui rapporte à l'artério-sclérose *tous* les cas d'épilepsie survenus après l'âge de trente ans, est incontestablement exagérée ; c'est à peine si, de son côté, Maupaté y accorde une mention dans l'analyse si complète cependant de l'étiologie de l'épilepsie tardive.

L'importance relative de l'hérédité névropathique dans l'épilepsie tardive et dans l'épilepsie sénile est diversement appréciée. Au cours d'un travail très étendu sur cette question, W. Lüth ne considérant, en tout et pour tout, que l'artério-sclérose, n'attache, d'autre part, aucune valeur à l'influence héréditaire. Au contraire, telle n'est pas l'opinion de Féré dont l'autorité en question d'épilepsie est si justement appréciée.

Trois observations, c'est peu de chose assurément, et nous n'avons garde de prétendre départager des avis basés sur des observations autrement nombreuses que les nôtres. Sans y insister plus que de raison, nous ferons remarquer cependant que sur trois cas qu'il nous

est donné d'observer, il est intéressant de noter trois fois aussi le facteur hérédité névropathique ; une fois en ligne directe, et deux fois attestée par les collatéraux. Nous nous rencontrons dès lors avec l'opinion de L. Maupaté qui déclare avoir rencontré l'hérédité névropathique chez tous les malades sur qui il a pu avoir des renseignements un peu circonstanciés. Sans vouloir en aucune manière exagérer son rôle, nous sommes donc naturellement portés à lui attribuer une valeur réelle, l'artério-sclérose venant secondairement, au même titre que toute autre cause de débilité (arthritisme, tuberculose, etc.) ou de déchéance (âge) déterminer la maladie. Dès lors, ce groupe d'épilepsies tardives, comprenant aussi certains cas d'épilepsies séniles, se confondrait presque avec les épilepsies dites idiopathiques ; il n'y aurait de différence que dans le moment d'apparition de la maladie : jeunesse et adolescence d'une part, âge adulte et sénilité de l'autre. Pour les cas cependant où la prédisposition névropathique héréditaire n'existe pas, et où l'artério-sclérose constitue le substratum anatomique de la maladie, comme c'est fréquemment le cas, il n'y a pas de motif pour se refuser à en faire une variété distincte, voire même une maladie spéciale, l'épilepsie des vieillards, ainsi que l'a d'ailleurs soutenu notre distingué compatriote le Dr Crocq fils. Cette variété d'épilepsie aurait tout au moins cette supériorité sur les autres, à savoir que la cause semblerait n'être pas si obscure comme elle l'est malheureusement pour la plupart des épilepsies.

BIBLIOGRAPHIE

A consulter particulièrement sur cette question : divers traités spéciaux sur l'épilepsie.

Mendel. Epilepsia tarda ; *Deutsche Medic. Woch.*, 1893.

L. Maupaté. L'épilepsie tardive chez l'homme. *Annales médico-psych.*, 1895, t. II, p. 33-84.

Kowalewsky. Epilepsia senilis ; *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie*, septembre 1897.

W. Lüth. Die Spätepilepsie ; *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, vol. 56, 1899.

Ces divers travaux fournissent une bibliographie étendue de la question.

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ VIII. — *Influence de l'imitation.* — L'imitation est certainement une des causes les plus importantes de suicide; du moins nous la considérons comme telle. On nous permettra donc d'entrer dans quelques développements.

Rappelons succinctement quelques épidémies célèbres relevant de cette cause. On connaît l'histoire des filles de Milet, l'épidémie qui sévit sur les femmes de Lyon en 1655, sur les jeunes filles de Marseille, les épidémies de Versailles, de Rouen, de Saint-Pierre-Montjean dans le Valois :

« On connaît l'histoire de ces treize invalides qui, en 1772, se pendirent successivement et en peu de temps à un crochet, dans un passage obscur de l'Hôtel. Par le conseil de Sabatier, le gouverneur Serurier fit murer la porte; la porte disparue, personne ne se pendit plus. Au camp de Boulogne, 1805, un soldat se fit sauter la cervelle dans une guérite; en peu de jours, il y eut des imitations dans la même guérite. L'Empereur la fit brûler, et publia un ordre du jour sévère, où il comparait le suicide à la fuite devant l'ennemi. » La menace de

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901, et janvier-février 1902.

©BIUM

la privation de sépulture arrêta une épidémie de même nature dans un régiment à Malte (1). « Un suicide accompli du haut des tours de Notre-Dame, de la colonne Vendôme, de celle de Juillet, de l'Arc de Triomphe de l'Étoile, du monument de Londres, a été plusieurs fois suivi de suicides semblables. » (B. de Boismont.)

A notre époque, on se trouve fréquemment en face de ces suicides pour lesquels l'imitation, la contagion morbide a joué un rôle prépondérant :

« Il y a environ un an, une jeune fille de dix-huit ans mettait fin à ses jours en absorbant une forte dose de strychnine, qu'elle était parvenue à se procurer, sous prétexte de se débarrasser de son chat. Quelques mois après, une de ses cousines se noyait volontairement dans la Sambre, sous prétexte que la vie lui était devenue insupportable. Hier s'est déroulé le troisième acte de cette tragédie : à l'endroit où la jeune fille s'est noyée, on a repêché le cadavre de sa grand'mère ; celle-ci, en apprenant le suicide de sa petite-fille il y a quinze jours, s'étonnait qu'elle ait eu le courage de se noyer, et hier, elle suivait son exemple (2). »

Ces faits sont de tous les temps et de tous les pays. A certains moments, ils peuvent prendre une extension plus forte et créer, pour ainsi dire, un état épidémique. C'est ce qui s'est passé aux États-Unis, il y a quelques années : le suicide est à la mode, il se forme même des clubs spéciaux : « L'épidémie de suicide parmi les jeunes femmes de Washington continue.

« Après miss Herbert, fille de l'ancien secrétaire de la marine, qui s'est tuée il y a quelques semaines, c'était tout récemment le tour de son amie, la fille de l'ancien gouverneur du Colorado, miss Weite.

---

(1) Mesnier. Du suicide dans l'armée. Paris, 1881.
(2) Journal *Le Temps*, 13 novembre 1898.

« Enfin, dimanche, miss Blackburn Lane, fille de l'ancien sénateur, atteinte elle-même de maladie noire et de prostration nerveuse, s'est logé une balle de revolver au-dessous du cœur (1). »

« La police de New-York avait cru avoir supprimé, il y a deux ans, le club pour suicide qui existait entre hommes seuls, et qui avait amené nombre de morts volontaires entre ses membres, lesquels, après avoir tiré au sort et pris un mauvais billet, devaient se tuer dans un délai donné.

« Elle vient de constater la formation d'un club semblable pour femmes.

« L'autre jour une jeune fille, B. Dumbar, appela une amie dans sa chambre, et lui dit : « C'est mon tour de « mourir aujourd'hui », et avala une quantité d'acide carbolique. Le médecin, appelé en toute hâte, ne put que constater la mort. La victime antérieure était miss Minnie Clark, qui s'empoisonna au coin de Broadway. Les trois précédentes victimes furent Tulli Lorresson, Mary Crepve et Annie Cooper. Presque toutes étaient jeunes et jolies ; aucune n'était pauvre, nulle raison spéciale de se tuer. Le club avait été formé il y a six mois. Le nombre des membres était limité. Chaque mois on tirait au sort, et la victime devait se tuer dans le cours des quatre semaines suivantes (2). »

La plupart des suicides dits passionnels, des suicides collectifs, entrent dans la catégorie des suicides par imitation, par contagion.

Le Temps (3) rapporte le suicide collectif de quatre jeunes femmes, ouvrières giletières, et le fait suivre des quelques réflexions suivantes : « Il n'est pas bien facile

(1) *Le Temps*, 19 janvier 1898.
(2) *Le Temps*, 18 juillet 1898 (in *An. méd.-psychol.*).
(3) *Le Temps*, 9 juillet 1897 (in *An. méd.-psychol.*).

©BIUM

de préciser les motifs qui ont poussé quatre jeunes femmes à se tuer, hier soir, de compagnie, après un modeste repas, dans la chambre où elles se réunissaient chaque jour pour travailler ; ce n'est pas généralement dans leur condition qu'on rencontre des imitatrices d'Obermann, et, pour l'ordinaire, les giletières ne se nourrissent pas des œuvres de Léopardi ou de Schopenhauer, mais elles dévorent les faits divers ; pour elles, un beau suicide est autrement intéressant que le plus dramatique roman-feuilleton ; elles le commentent, elles trouvent dans ce récit des analogies avec leur propre histoire ; elles découvrent qu'elles pourraient bien un jour, elles aussi, devenir les héroïnes du suicide ; elles s'inspirent du récit qui les passionne, et, quelque beau soir, s'étant « monté le coup », comme dit le populaire, elles décident qu'elles sont lasses de l'existence, et elles allument un réchaud par esprit d'imitation. »

Nous voyons journellement le suicide d'une personne entraîner, le plus souvent, des tendances au suicide dans sa famille et même dans son entourage. Parfois aussi un suicide accompli dans des circonstances retentissantes ou bizarres, et relaté par la presse jusque dans ses moindres détails, incite par cela même beaucoup de personnes, prédisposées d'ailleurs, à se donner la mort. La lecture, les représentations d'ouvrages poétisant le suicide, enfin l'enseignement de la libre disposition de soi-même, sont causes de nombreuses morts volontaires.

Il est hors de doute que lorsqu'un suicide se produit dans une famille, les membres de cette famille, vivement impressionnés, en gardent toujours le souvenir. S'il leur arrive de se trouver dans des conditions morales ou matérielles pénibles, de verser dans la mélancolie, l'exemple d'un des leurs qui s'est suicidé leur fournit une indication à faire cesser comme lui leurs tourments. On les entend répéter pendant longtemps : « Mon

père, ou mon frère, ou mon parent, s'est suicidé; la vie est insupportable, je finirai comme lui! Il vaut mieux mourir comme a fait mon père que de supporter une pareille existence. Mon père est mort, il est plus heureux que moi, dont la vie est si misérable! » Mise en œuvre par un suicide antérieur, cette tendance fait de rapides progrès dans l'esprit du malade. Il s'habitue de plus en plus à cette idée de suicide possible, et, à un moment donné, il n'hésite pas à mettre fin à ses jours. Non seulement il imite ainsi un suicide antérieur, mais souvent aussi il se tue de la même manière et au même âge : « Mon père s'est tiré un coup de revolver, je finirai comme lui ; — ma mère s'est noyée, j'en ferai autant. — Mon père est mort à cinquante ans; j'en ai assez de l'existence, je ne veux pas vivre plus longtemps que lui. »

Obs. XXVI. — Femme âgée de quarante-huit ans. Grand'-mère aliénée. Père mort de congestion cérébrale, mère morte accidentellement, frère bien portant.

Réglée à onze ans, mariée à vingt-trois ans, a eu une fille qui est bien portante. Pas de maladies graves, très nerveuse, impressionnable, pleurait à la moindre contrariété.

Il y a dix ans, son mari, avec lequel elle était très unie, se suicida en se tirant un coup de revolver. Ce suicide était causé par de mauvaises affaires qui réduisirent le ménage à la misère. La malade, à qui son mari cachait toutes ses opérations commerciales, fut, on le comprend, très attristée de cette situation, et vivement frappée du suicide de son mari.

Depuis lors, elle est dans la mélancolie avec idées constantes de suicide : « Elle n'a qu'à faire comme son pauvre mari, elle est ruinée, sans espoir de retour; son mari n'a pas voulu survivre à sa ruine, elle veut en faire autant ». Aussi les tentatives se multiplient-elles; elle essaie de s'ouvrir les veines du bras avec un rasoir (on voit encore les cicatrices aux deux plis du coude). Il y a deux mois, elle absorbe, à deux reprises, du laudanum, la deuxième fois jusqu'à 30 grammes. Elle reste toute la journée dans un état constant de mélancolie, elle aime à se trouver dans le voisinage des fenêtres, et ne cache nulle-

ment son intention de mettre fin à ses jours. C'est alors qu'elle est internée.

Juillet. Toujours triste, mêmes idées de suicide; quelquefois est prise d'anxiété au sujet de sa fille, à laquelle elle craint qu'il arrive malheur.

Août. Les idées de suicide sont plus intenses, plus marquées, la malade est déprimée, mange mal, ne dort pas.

Septembre. Les idées de suicide affectent chez la malade une forme obsédante; elle ne parvient pas à chasser ces idées qui s'imposent à elle malgré elle; elle y pense, et ne peut penser qu'à cela ou aux revers qu'elle a éprouvés, et au suicide de son mari. Elle dit que si son mari ne s'était pas tué, elle n'aurait probablement pas pensé au suicide. Ces idées s'accompagnent d'angoisse précordiale, de céphalalgies, du sentiment de la perte de sa volonté. C'est alors qu'elle écrit dans ces termes : « J'ose vous dire que depuis deux jours je suis toujours obsédée, torturée de ces tristes idées de vouloir mourir. Oh! je vous en prie, que faut-il faire pour chasser ces tristes idées? Voyez en moi une malheureuse souffrante qui fait tout pour réagir et n'y parvient pas. Infligez-moi le traitement le plus dur, et je l'accepterai si je dois être délivrée de ces idées ».

Dans les cas de suicides dits héréditaires, où l'on voit presque tous les membres d'une même famille s'éteindre par le suicide, il faut, après les tares psychopathiques, faire, à notre avis, la plus large part à l'imitation. Dans ces cas, le suicide n'est héréditaire qu'accessoirement; ce qui est héréditaire, c'est le trouble mental, la déséquilibration intellectuelle.

L'imitation est souvent mise en œuvre, en dehors des peines morales et des contrariétés matérielles, par la crainte de la prédisposition mentale.

Obs. XXVII. — Nous avons vu un malade, jeune homme dont le père aliéné s'était suicidé en se logeant une balle dans la tête, manifester des craintes incessantes sur son avenir mental et se demander continuellement s'il ne ferait pas mieux de suivre l'exemple de son père que de rester exposé à finir ses jours dans un asile d'aliénés. A plusieurs reprises, il a été sur le point de se suicider. Depuis, nous avons perdu ce malade de vue.

Obs. XXVIII. — A..., femme B..., qui a toujours été fort préoccupée par ses tares familiales, et qui a enfin versé dans la mélancolie, nous écrit ces quelques lignes : « C'est bien souffrir que d'être folle, mais savoir qu'on le deviendra fatalement, il n'existe pas, je crois, de souffrances pareilles. Impossible de réagir, de conjurer un mal aussi héréditaire que le mien. Du côté de mon père, le frère de ma grand'mère est devenu fou, la sœur de mon père est restée internée, le frère de mon père est resté paralysé pendant dix ans, mon père l'a été pendant trois ans. Du côté de ma mère il y a aussi des fous; c'est le frère de ma grand'mère, c'est aussi ma mère. Ma pauvre sœur est devenue folle; elle s'est fait écraser par le chemin de fer; car elle a vu aussi sa position comme moi : « Ma pauvre Marie, me disait-elle, j'ai un si grand mal de tête que je sens que je deviens folle, vous ne pouvez pas me guérir, il me faudrait une autre tête, chose impossible; j'aime mieux la mort que la perspective de la prison ». Je suis comme ma sœur, je souffre de la tête, je sens que ma raison s'en va peu à peu; ma vie ne doit être qu'un long martyre. Il faut que je fasse comme ma sœur, me débarrasser d'une vie misérable. Je la plaignais autrefois, mais je vois qu'elle a bien raison, je n'ai qu'à suivre son exemple ». Cette malade a fait deux tentatives de suicide avant son entrée à l'asile, et lorsqu'on l'amenait à l'établissement elle demandait à ce qu'on la laissât se précipiter par la portière du chemin de fer, afin de se faire écraser comme sa sœur.

A rapprocher de ces deux observations personnelles, une observation de Falret, résumée par Ritti (1), qui montre l'imitation se manifestant encore sous l'influence de la crainte d'une prédisposition au suicide héréditaire, et cessant avec cette crainte elle-même.

La littérature, le théâtre, en poétisant dans quelques œuvres le dégoût de la vie, incitent beaucoup de personnes au suicide. « Des types de souffrance tels que Faust, Manfred, Childe Harold, Conrad, Lara, Werther, René, Obermann, d'après la réflexion d'un auteur de notre époque (G. Sand), qui pour sa part a le plus

(1) Ritti. Article : « Suicide » (*Dict. encycl. sciences méd.*, p. 307).

contribué peut-être à poétiser des types maladifs, représentent des états intellectuels anormaux, des variétés de la douleur qui peuvent se traduire ainsi : vertige de l'ambition intellectuelle, satiété par la débauche, dégoût de la vie sociale et besoin d'activité matérielle, tristesse du remords dans une âme qui a espéré trouver dans le crime le développement de sa force, rêverie dans l'impuissance, perpétuité du désir ébauché. Que de suicides n'a pas produit la personnification de Werther! Que de tendances mélancoliques la lecture d'*Attala* et de *René* n'a-t-elle pas enfantées!... Les arts, la musique et la scène dramatique ont prêté leur séduisant concours à la littérature. C'était certes plus qu'il n'en fallait pour faire dévier de leur véritable route des esprits prédisposés à contracter les maladies morales des héros que l'on présentait à leur admiration (1). »

C'est aussi la presse, qui, par ses comptes rendus de suicides sensationnels, pousse certains esprits à les imiter. Cette influence est considérable; aussi serait-il à souhaiter que l'autorité compétente ne livrât pas à la publicité le récit des suicides.

L'enseignement de la libre disposition de sa vie, l'apologie du suicide, ont été de tous temps marqués par une recrudescence dans le nombre des suicides. Zénon, fondateur du stoïcisme, voit plusieurs de ses disciples mettre fin à leurs jours. Dans la Rome antique, le suicide entre dans les mœurs; les écrivains, les orateurs le légitiment, et les grands suicidés ne trouvent que trop d'imitateurs.

Citons le fait suivant rapporté par le *Petit Temps* (1897), il est tout récent et nous paraît digne d'être reproduit : « Le colonel Bob Ingersoll, qui jouit d'une si

(1) Morel. *Études cliniques sur les maladies mentales*, 1851-52, p. 302.

grande notoriété par la propagande libre-penseuse à laquelle il se livre depuis longtemps dans la presse périodique et par des conférences, et qui s'est prononcé en faveur du suicide comme un moyen souvent justifiable de sortir de la vie, voit ses leçons trop bien suivies. Un de ses clercs, Robert Wilson, a tenté de se suicider en avalant de l'acide prussique dans le bureau même de son patron. Le *New-York Herald* fait remarquer que c'est la cinquième personne de la famille ou de l'entourage du colonel qui se tue ou tente de se tuer. Samedi, c'était un nommé William Layton, un ancien clerc de M. Ingersoll, qui se suicidait à Chicago. En août, un autre se jetait sous un train du chemin de fer aérien de New-York. Enfin, précédemment, c'était une cousine du colonel et la mère de celle-ci qui s'asphyxiaient à San Francisco (1). »

Dans ces cas de suicide par entraînement, par imitation, nous avons presque toujours affaire à des déséquilibrés, à des héréditaires, à des individus déjà en puissance d'aliénation mentale : « J'ai toujours remarqué, dit Morel (2), que l'imitation, si puissante que soit son influence, et que l'impression causée par le récit ou la lecture d'un crime passionnel, ne suffisaient pas pour provoquer des actes similaires chez des individus qui auraient été parfaitement sains d'esprit. Dans plus d'une occasion, j'ai pu démontrer que, dans les cas de ce genre, on constatait non seulement des prédispositions, mais que ces individus étaient déjà dans la première période d'évolution d'une maladie mentale aux symptômes larvés. Pour Paul Moreau (de Tours) (3), il n'y a

(1) A signaler aussi, en Russie, une multitude de sectes prêchant le dégoût de la vie et indiquant le suicide comme un acte méritoire.

(2) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 243.

(3) Moreau (de Tours). Article : « Suicide » (*Dict. méd. et chirurgie*).

que les prédisposés qui subissent la contagion du suicide. Legrain, de son côté, montre que ce sont des dégénérés.

Dans son étude sur la famille névropathique, Ch. Féré (1) dit : « Dans le cas de suicide collectif ou épidémique, il ne faut pas se laisser égarer par l'importance du fait qui semble avoir été la cause principale ; en y regardant de près, on constate que les individus prédisposés ont été seuls atteints ». Krafft-Ebing (2) est du même avis : « Dans ces cas (imitation, contagion), il y a toujours une forte prédisposition soit héréditaire, soit par l'homogénéité des conditions sociales (famine, agitation religieuse ou politique). »

C'est quelquefois l'alcool qui crée cette disposition, ainsi qu'en témoigne le fait suivant rapporté par Legrain (3). « Trois paysans rentraient du marché dans un état de demi-ébriété. Pendant qu'ils étaient attablés au cabaret, l'un d'eux croit avoir trouvé un véritable trait d'esprit en proposant à ses compagnons de se suicider tous les trois, le soir même, à neuf heures, quand ils seront rentrés au logis, « histoire de faire une niche à leurs « femmes ». L'idée est acceptée, le reste de la journée se passe dans différents cabarets. Aucun d'eux ne pense plus à l'idée baroque suggérée par l'un des trois ivrognes. Le soir, vers neuf heures, au milieu des fumées du vin, l'idée reparut, et, ainsi qu'il était convenu, les trois individus se pendent dans leur écurie. Deux d'entre eux, privés de secours, meurent ; le troisième, secouru par sa femme, a pu raconter l'histoire au médecin. »

Terminons cette question de l'imitation par ces mots

---

(1) Ch. Féré. La famille névropathique (in *An. méd.-psychol.*, 1884, n° 19).

(2) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*.

(3) Legrain. Contribution à l'étude de la folie communiquée (in *An. méd.-psychol.*, n° 46).

de P. Lucas (1) : « Étrange passion, que celle du suicide ! Elle est contagieuse, elle est même épidémique, elle est une des plus esclaves de la loi d'imitation (2) ».

(1) P. Lucas. De l'imitation contagieuse (*Thèse*, Paris, 1883), p. 28.

(2) Consulter en outre, sur cette question, les auteurs suivants : Jolly. De l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine (*An. méd.-psychol.*, 1845, p. 330) ; P. Despine. De l'imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent (analysé in *An. méd.-psychol.*, 1871, t. II, p. 305) ; Nasse. Etude sur la contagion psychique sporadique chez les proches parents (*An. méd.-psychol.*, 1874. p. 163). Séances de la Société médico-psychologique (juin, juillet, décembre 1873, et décembre 1874) ; Brunet. Contagion de la folie (*An. méd.-psychol.*, 1875) ; M. de Montyel. De la contagion mentale morbide (*An. méd.-psychol.*, 1894, t. I, p. 266).

(*A suivre.*)

DU LANGAGE CHEZ LES IDIOTS

Par le Dr L. MAUPATÉ

Médecin directeur de l'asile de Naugeat.

Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique.
Prix Belhomme.

Suite (1).

IX. — Langage écrit

Troubles de l'écriture et de la lecture.

Ce chapitre pourrait se résumer en une seule phrase : les idiots que j'ai vus ne savent ni lire ni écrire. Ils n'ont suivi l'école, ici, que pendant deux ans, et seuls les débiles y faisaient quelques progrès comme instruction. Quant à espérer que des idiots adultes pourront entrer ici sachant un peu lire ou écrire, il n'y faut pas songer : leur famille les place à l'asile précisément parce qu'ils ne pouvaient rester en classe; rares sont, d'ailleurs, les asiles où les idiots puissent recevoir une certaine instruction. Ajoutons que le langage écrit est d'un usage moins grand (pour les individus peu intelligents, bien entendu), que la parole et les gestes : c'est évident ; si la parole est utile à l'idiot, il n'en est pas de même de l'écriture. L'idiot qui sait lire ou écrire restera toujours une curiosité, un animal savant, incapable

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901, et de janvier-février 1902.

d'utiliser ses connaissances pour correspondre avec les autres individus ; chez lui, lecture et écriture ne sont donc pas du langage, mais simplement des moyens quelconques de passer le temps, inférieurs aux autres passe-temps de l'idiot, car elles sont plus fatigantes, moins attrayantes, et le temps que l'idiot passe à lire ou à écrire serait mieux employé à s'occuper des soins du ménage.

Qu'on me pardonne cette sortie contre l'instruction (je ne dis pas l'éducation) des idiots, du moins des idiots indigents, qui ne seront jamais qu'une charge pour leur famille et pour la société qui les recueille; elle a bien le droit d'utiliser au mieux de ses intérêts leurs aptitudes, au lieu de leur enseigner des arts d'agrément. Quant aux idiots riches, on comprend que leurs parents cherchent à dissimuler le plus possible leur infirmité en leur faisant apprendre tous les arts d'agrément qu'ils pourront, entre autres la lecture et l'écriture; mais les idiots riches sont l'infime minorité, et chez eux lecture et écriture ne sont que de trompeuses apparences du langage.

Cependant il me sera permis d'énumérer les résultats auxquels sont arrivés ceux qui ont pu observer des idiots savants, et de chercher si on en retrouve quelques-uns chez mes malades : fidèle à mon plan, je commencerai par l'écriture, bien que son apparition soit en général postérieure à celle de la lecture.

L'écriture, dit M. Sollier, est toujours très défectueuse chez l'idiot, quand elle n'est pas nulle (et, en effet, sur 60 idiots, je n'en ai trouvé que 2 pouvant tracer quelques lettres).

Séguin dit que tous les idiots prennent leur premier crayon de la main gauche, et que, quand on le leur met dans la droite, ils veulent toujours écrire de droite à gauche (écriture spéculaire, ou rappelant celle des

Orientaux). Les faits que j'ai observés ne répondent pas à cette manière de voir. J'ai tendu un porte-plume ou un crayon aux 11 idiots les moins inintelligents, et pour éviter toute apparence de suggestion je le posais en face de chacun, tantôt avec une main, tantôt de l'autre, en lui disant de le prendre : 10 sur 11 l'ont pris de la main droite (et pourtant c'est à peine si 2 d'entre eux ont appris à écrire); s'ils tiennent assez bien leur porte-plume et écrivent dans le bon sens, cela peut être dû à ce que, malgré leur inattention, ils nous ont vu écrire et se le rappellent vaguement : pourquoi, d'ailleurs, l'idiot qui est plutôt droitier comme tout le monde, ou du moins ambidextre, serait-il justement gaucher pour l'écriture? Mais ce n'est pas tout; on peut tenir un porte-plume comme un sceptre, dans le creux de la main, ou en travers, ou encore entre deux doigts; la plume ne va pas si elle n'a pas l'inclinaison voulue, si sa face concave ne regarde pas le papier, etc. : or, de nos 10 idiots qui tenaient leur porte-plume de la main droite, 2 seulement le tenaient de travers (l'un d'eux, même, dirige la plume en l'air, la regarde plusieurs fois, et la repose devant lui, sans savoir à quoi elle sert); les 8 autres la tiennent correctement. Ils tracent alors des traits; et, seul, celui qui tient le porte-plume de la main gauche écrit de droite à gauche (écriture spéculaire); 7 autres tracent une suite de pleins et de déliés de gauche à droite, comme c'est la règle; enfin 3 tracent des traits en tous sens ou plus ou moins verticalement. Je ne puis donc confirmer les remarques de Séguin.

« L'idiot, dit M. Sollier, ne peut arriver que difficilement à former ses lettres; les premiers signes qu'il trace rappellent plus ou moins la forme d'un *C*; il fait éternellement le même signe, ne regarde même pas son modèle, ou le perd de vue, pour en revenir au signe qu'il préfère (à cause de sa difficulté à retenir les mou-

vements associés : l'idiot ne voit pas par où pêche la lettre qu'il vient d'écrire). Il arrive à écrire, mais ne fait que reproduire un modèle qui n'a aucun sens pour lui (cécité verbale). Il en est qui écrivent assez lisiblement, et qui, cependant, sont incapables de syllaber. Ils aiment beaucoup à reproduire les caractères d'imprimerie. »

Je n'ai pu vérifier tous ces points ; pourtant, les traits tracés par mes malades (et que je ne reproduirai pas ici), ne rappellent pas spécialement la lettre *C*. L'un, aphasique congénital, fait des traits en tous sens. Un autre, au vocabulaire assez étendu, trace alternativement de bas en haut et de haut en bas, mais toujours de gauche à droite, des traits fort irréguliers. Même remarque pour un troisième, qui parle un peu moins bien, et pour un quatrième dont l'écriture, qui s'élève de gauche à droite, rappelle une succession d'*U* plutôt que de *C*. Arthur B..., dont la parole se réduit à l'emploi des noms désignant des objets usuels, trace seul des traits arrondis rappelant un huit de chiffre couché horizontalement (∞). L'écriture des autres est formée également de traits alternativement montants et descendants. Des deux malades capables de tracer quelques lettres, l'un, Maurice, n'écrit jamais spontanément; sur notre demande, pourtant, il écrit de la main droite la première lettre de son nom (une majuscule), et les premières lettres de l'alphabet (en minuscules); mais il le fait très lentement, et en dessinant, sans modèle. C'est également sans modèle que Pierrot dessine des traits mal alignés ressemblant à des majuscules d'imprimerie, et rappelant vaguement son nom, qu'il veut écrire : le fait d'écrire sans modèle, spontanément, est rare chez les idiots qui, pour M. Sollier, ne peuvent guère que copier, et non écrire seuls ou sous la dictée.

Le même auteur dit (et c'était vrai pour mes mala-

des), que les idiots demandent souvent du papier blanc, feignent d'écrire, griffonnant des signes informes qui, de loin, rappellent l'aspect de signes régulièrement alignés, et disent à haute voix les mots qu'ils sont censés écrire : les enfants en font autant.

Berkham a décrit un balbutiement écrit chez des idiots partiels : 44, sur 64 qu'il avait examinés au point de vue de l'écriture, oubliaient souvent des lettres au milieu d'un mot, ou des mots dans une phrase, par défaut d'attention. Il compare ce fait au balbutiement oral (comparaison juste), et au bégaiement (assimilation erronée, le bégaiement étant dû, comme M. Sollier le fait remarquer, à la répétition et non à l'absence de lettres). Ce balbutiement oral et le balbutiement écrit ne portaient pas sur les mêmes mots quand ils coïncidaient chez un même sujet.

Pour M. Sollier, certains idiots arrivent à apprendre les lettres, à assembler quelques syllabes, mais non à lire véritablement, en comprenant ce qu'ils lisent; ils n'ont pas d'initiative, disent la lettre qu'on leur désigne, mais ne la nomment pas spontanément. Il leur faut passer plusieurs semaines sur la même lettre, qu'ils ne peuvent retenir : on arrive plus vite en se servant de lettres mobiles en bois (ils considèrent alors la lettre comme quelque chose de réel); incapables, souvent, de reconnaître les lettres si elles sont modifiées d'une façon marquée, ils n'ont pas saisi la notion abstraite de lettre. Ils arrivent plus vite à lire et à former les syllabes commençant par une consonne. La lecture est toujours saccadée, la diction tantôt monotone, et tantôt chantante. L'idiot lit machinalement, sans comprendre; à douze ou quinze ans, quand les enfants aiment la lecture, l'idiot aime aussi à faire semblant de lire, et achète un journal quelconque.

J'ai souvent observé ce dernier symptôme : certains

idiots disent qu'ils savent lire, mais, si on leur tend un journal, disent des lettres au hasard : au lieu de *observation médicale*, Aug. T... lit : *pé fé pé fé pé pé* ; et Spr... (aphasique congénital) *a*, *u*, *a*, *u*, etc. ; Eug... H... prend même le journal à l'envers, et en travers, et, les lignes étant verticales, lit *b*, *d*, *r*, *a*, *u*, *r*, *r*, *i*, etc., comme s'il lisait des lignes horizontales. Pierrot, qui sait reconnaître quelques lettres et épeler, ne lit pas l'écriture courante, et, au lieu de : *A Monsieur G. L...*, lit : *A M. l'économe de l'asile des aliénés*.

En somme, rares sont les idiots reconnaissant quelques lettres, en sachant même le nom. Certains qui connaissent le nom de plusieurs lettres ne sont pas capables de les retrouver dans une page d'imprimerie. Maurice, qui reconnaît les majuscules d'un titre de journal, ne sait pas épeler. Seul, Pierrot, qui sait épeler un peu, devine plutôt qu'il ne lit le titre et la date d'un journal (d'après son format, l'aspect vague du titre, la forme générale des lettres, etc.) ; c'est ainsi qu'il reconnaît *Mardi* de *Mercredi* qui est plus long, mais confond *Mars* et *Mai* et même *Avril*, qui frappent ses yeux sensiblement de la même façon ; il confond *G* majuscule et *C*, L et *S*, *H* et *M*, etc. ; dans *acétylène*, mot qu'il ne connaît pas, il distingue *h*, *i*, *é* (et pourtant il lit *acét*, correctement ; peut-être confond-il, comme nom, *h* et *a*, sans les confondre comme lettres) ; *s*, *y*, *s*, *e*, *m*, *e*, mais il est incapable de dire quel mot cela fait ; il sait lire les chiffres, ce qui n'est pas exceptionnel ; il reconnaît si un livre est à l'envers ou à l'endroit (ce qui est rare chez les idiots).

Plusieurs idiots de l'asile (entre autres Maurice), lisent correctement l'heure ; mais c'est par la position de l'aiguille, et non par les chiffres du cadran.

X. — Langage mimique.

J'ai déjà parlé des gestes à propos du développement général du langage, des réflexes expressifs, des troubles de compréhension de la parole; ce qui reste à dire sera donc fort bref.

Les premiers gestes, inconscients, contribuent, comme les cris, à nous renseigner sur l'état de l'enfant : de même, chez certains idiots, cris et gestes inconscients nous renseignent sur leurs sensations et leurs besoins. C'est en devenant conscients et intentionnels, que ces gestes deviennent du langage proprement dit.

Les gestes ne manquent jamais chez l'idiot, sauf s'il est aveugle, ce qui est le cas de Marie V... dont nous avons déjà parlé : l'imitation, base de tout langage intentionnel, manque ici.

A quelle époque se fait la transformation des mouvements, conscients ou non, en gestes intentionnels ? Pour M. B. Perez, chez l'enfant normal, langage mimique et langage oral apparaissent en même temps. Pourtant, le premier geste intentionnel d'Axel Preyer eut lieu au quinzième mois (geste affirmatif de la tête), tandis qu'il ne lia pas avant 20 mois un sens aux mots rudimentaires qu'il prononçait. De même, chez les idiots, les gestes apparaissent avant la parole, et souvent se développent en raison inverse de la parole, qu'ils accompagnent et suppléent souvent. Ainsi Aug. T... ne peut dire à quoi sert une table (dont il connaît le nom), mais fait le geste de manger ; de même, pour une clef, il dit *kié à pôte*, en faisant le geste d'ouvrir une porte. Eug. H... explique par des gestes la différence entre *assiette* et *casquette*, qu'il prononce de même. Marie R... dont le langage, bien que varié, est incompréhensible

©BIUM

par troubles d'articulation, complète ses phrases par des gestes, et, par exemple, feint de coudre, puis montre sa manche, et la plisse, pour dire qu'elle a cousu et plissé une manche.

Un des premiers gestes volontaires de l'enfant est celui de demander à manger. De même, plusieurs de mes idiots, qui ne parlaient pas, se levaient, allaient vers le buffet, tâchant de l'ouvrir, ou frappant sur sa porte, ou encore tiraient leur mère (ou l'infirmière) par la robe, pour la conduire au buffet. Jus. Dev... (13 ans), gâteux et hémiplégique, qui balbutie, et peut à peine imiter trois sons, ne mange pas seul, bien que pouvant porter les aliments à sa bouche : un jour, on laisse sa seconde assiettée de soupe sur l'appui de la fenêtre, au lieu de la lui faire manger ; après un silence, il prend l'autre assiette vide, la frappe de sa cuiller, écarte la veste de celui qui lui donne à manger, et cherche dans sa poche, puis essaie à plusieurs reprises de porter la main de son nourricier vers l'assiette pleine de soupe. Quand elle avait faim, St. D... prenait sa jatte, et allait se frotter contre sa mère, sans rien dire.

Par contre, il est rare que des enfants ne parlant pas manifestent intentionnellement le besoin de miction ou de défécation. Seul Ant. J... vient se frotter contre la bonne, montre son pantalon pour le faire déboutonner, etc. ; s'il a gâté, ce qui est fréquent, il crie, ne vient plus se rasseoir, frappe des pieds, et montre son pantalon. Cet enfant, qui ne parle pas, et n'a que des cris non différenciés, supplée d'ailleurs à la parole par une mimique variée ; il vient quand on lui fait signe du doigt ; si on lui montre un gâteau, il le cherche dans la main, essaie même de déplier les doigts de la main qui tient le gâteau, et à la fin porte cette main à sa bouche pour manger le gâteau entre les doigts ; si une main ne suffit pas, il emploie les deux pour tâcher de libérer la frian-

dise ; il fouille même dans ma poche pour chercher des gâteaux.

Les signes de tête affirmatif et négatif sont aussi parmi les premiers gestes apparus ; de même pour le geste de la main pour dire bonjour, la poignée de main, le baiser, le geste de remerciement : une petite fille à qui on dit de souhaiter le bonjour, va embrasser.

C'est dans la période de début de la parole, ou chez les idiots relativement intelligents, mais chez qui la parole ne se développe guère, que le langage des gestes est le plus varié. Par exemple, Mar. H..., que nous avons déjà citée à propos des troubles de compréhension de la parole, ne parle guère que depuis deux ans, et ne sait dire que *papa*, *maman*, *bonjour*, *merci*, *pardon*, *bonbon*, *coco*, *caca*, *doudou*, mais accompagne ces mots de nombreux gestes ; elle frappe sur ma main pour attirer l'attention, et montre un sac de figues en disant *ta*, *pobon* (ça, bonbon) ; si on lui fait des reproches, ou si on lui parle d'un air irrité, elle joint les mains avec un geste suppliant, et se met à genoux ; elle tend le doigt plié pour demander le vase, tend la main en disant bonjour, fait les gestes affirmatif et négatif ; si elle mange, elle se passe spontanément la main sur la poitrine, de haut en bas, d'un air de satisfaction. Eug. H... parle peu et ne semble même pas comprendre la parole ; mais, tandis que j'écris, il vient me frapper la main à plusieurs reprises, montre le crayon, et fait le geste vague d'écrire ou de dessiner ; il pose même la main sur le crayon, regarde la pointe, et la met dans sa bouche, l'air méditatif ; un instant plus tard, il me montre le papier du doigt ; il montre souvent du doigt un autre enfant, joint les mains quand il entend parler d'aller à l'école (pour faire voir qu'il sera sage), envoie un baiser avec la main si on lui fait signe de remercier ; il attire à lui la surveillante, lui fait signe de s'asseoir, et

paraît content ; il manifeste encore sa joie en riant, trépignant, se frottant les mains, ou les frappant bruyamment l'une contre l'autre. Maurice, entendant parler d'un singe, imite le singe.

La généralité des idiots qui parlent ou s'expriment par gestes, comprennent également le langage mimique.

Remarquons, pour finir, qu'on ne voit guère de troubles d'articulation dans le langage mimique ; que l'amimie est due à un trouble intellectuel, et non à un vice du langage, et que les sourds-muets et les aphasiques sont réduits aux gestes.

(*A suivre.*)

Législation

DE LA PROTECTION
DE LA
FORTUNE DES MALADES
DANS LES
ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS
CE QU'ELLE EST — CE QU'ELLE DOIT ÊTRE

Par le Dr Samuel GARNIER
Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

Mémoire couronné par la Société médico-psychologique (Prix Semelaigne).

Suite (1).

CHAPITRE II

DES MESURES PROTECTRICES DES BIENS DES ALIÉNÉS DANS LES PRINCIPALES LÉGISLATIONS ÉTRANGÈRES

Belgique. — La Belgique a depuis longtemps revisé sa première loi sur les aliénés, qui datait de 1850, et leur régime est soumis aux lois des 23 décembre 1873 et 24 janvier 1874. Les articles 29 à 34 du chapitre IV déterminent l'effet du placement de l'aliéné sur l'admi-

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1901, et janvier-février 1902.

nistration de ses biens et la capacité de contracter. Nous les reproduisons.

ART. 29. — Les personnes qui se trouveraient placées dans les établissements d'aliénés et qui ne seraient ni interdites, ni placées sous tutelle, pourront, conformément à l'art. 497 du Code civil, être pourvues d'un administrateur provisoire par le tribunal de première instance du lieu de leur domicile, sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la Commission administrative ou sur la provocation d'office du Procureur du Roi.

Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du Conseil de famille et sur les conclusions du Procureur du Roi. Elle ne sera pas sujette à appel.

Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions, les destitutions et les comptes des tuteurs, ainsi que celles de la loi du 16 décembre 1851 sur les garanties à fournir par eux, sont applicables à l'administrateur nommé par le tribunal.

ART. 30. — Les Commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements d'aliénés exerceront de plein droit, par celui de leurs membres qu'elles désigneront, les fonctions d'administrateurs provisoires à l'égard des personnes qui y sont placées, qui ne seraient ni interdites, ni pourvues d'un tuteur, et auxquelles un administrateur spécial n'aurait pas été nommé conformément à l'article précédent.

Le receveur des hospices remplira, à l'égard des biens de ces personnes, les mêmes fonctions que pour les biens des hospices.

Toutefois les biens de l'administrateur délégué ne pourront, à raison de ses fonctions, être passibles d'aucune hypothèque, et la garantie de son administration résidera dans le cautionnement du receveur chargé de la

©BIUM

manutention des deniers et de la gestion des biens.

ART. 31. — L'administrateur provisoire procédera au recouvrement des créances, à l'acquittement des dettes ; il passera des baux qui ne pourront excéder 3 ans ; il pourra, aux mêmes conditions qui sont prescrites pour le tuteur de l'interdit, accepter une succession sous bénéfice d'inventaire, emprunter et consentir hypothèque pour payer des dettes ; il pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le Président du tribunal civil, faire vendre le mobilier et représenter l'aliéné en justice, soit en demandant, soit en défendant, ainsi que dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquelles il serait intéressé.

Les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés pourront être faites à l'administrateur provisoire.

Les significations faites au domicile de l'aliéné pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux. Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 64 de la loi du 10 mai 1892.

ART. 32. — A défaut d'administrateur provisoire, le Président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites et non pourvues d'un tuteur, placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, partages et liquidations dans lesquelles elles seraient intéressées.

ART. 33. — Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue. Les pouvoirs conférés par la justice en vertu des articles 29 et 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de 3 ans, s'ils n'ont pas été renouvelés.

ART. 34. — Les actes faits par toutes personnes pendant le temps qu'elles auront été retenues dans un établissement d'aliénés pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'art. 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit des actes, à dater, soit de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés, soit de la signification qui lui en aura été faite après cette sortie, et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé à courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Ces dispositions, notamment en ce qui concerne l'extension donnée aux pouvoirs de l'administrateur provisoire, sont des plus sages, car il n'est pas douteux que la fortune des malades ne soit ainsi mieux protégée qu'actuellement en France. Si j'ajoute que les aliénés placés dans les établissements privés bénéficient aussi de cette protection de leur fortune, on pourra s'étonner que, depuis 1838, la revision de la loi des aliénés, au moins en ce qui concerne leur avoir, n'ait pas été accomplie en France.

Un règlement en date du 1er mai 1874 indique en outre, en Belgique, dans les art. 74, 86, 87, 88 et 89 du chapitre IV, ce qu'il y a lieu de faire pour compléter l'ensemble des mesures protectrices des biens des aliénés colloqués. Voici ces articles.

ART. 74. — Les Commissions désignent dans leur sein celui de leurs membres qui remplira les fonctions d'administrateur provisoire dans le cas de l'art. 30 de la loi, à l'égard des aliénés placés dans les asiles ne dépendant pas des Commissions administratives des hospices ; elle signalent au Procureur du Roi les mesures

©BIUM

qu'elles croieraient utiles à la protection de la personne et des biens des aliénés. Elles sont chargées de l'enquête prévue par l'art 4 de la loi.

ART. 86. — Le bourgmestre du domicile ou de la résidence habituelle de l'aliéné colloqué prend immédiatement des mesures pour la conservation des biens de celui-ci.

Il informe le juge de paix de la collocation et lui fait connaître les circonstances qui pourraient nécessiter son intervention.

ART. 87. — Il est pourvu à l'administration des biens de l'aliéné suivant les règles définies au chapitre VII de la loi.

ART. 88. — Les formalités prescrites pour la nomination de l'administrateur provisoire et la délégation du notaire commis pour représenter l'aliéné seront observées en cas de renouvellement des pouvoirs dont ils sont investis.

ART. 89. — L'administrateur provisoire est comptable de sa gestion quand elle finit.

ART. 90. — Dans le dernier mois de chaque période triennale, et avant qu'il puisse être procédé au renouvellement du mandat de l'administrateur provisoire, celui-ci est tenu de rendre un compte sommaire de sa gestion au Conseil de famille convoqué pour délibérer à cet effet ; si l'administrateur provisoire n'est pas conservé dans ses fonctions, *la reddition des comptes sera poursuivie par son remplaçant.*

On le voit, la législation en vigueur en Belgique nous a devancés dans les mesures légales de la protection des biens de l'aliéné. Les pouvoirs de l'administrateur y sont notablement étendus, et, chose tout à fait digne de remarque, le bourgmestre et le juge de paix ont un rôle protecteur tracé d'avance, qui n'existe ni dans notre loi actuelle, ni dans notre loi future. Et

©BIUM

cependant il semble bien évident que là où était le domicile de l'aliéné qui vient d'être interné, et avant même que l'administrateur légal ait pu intervenir, il y avait peut-être des mesures conservatoires à prendre immédiatement. Alors que cette nécessité paraît en France peu probante, le législateur belge n'a pas manqué de s'en rendre compte, et l'intervention édictée du bourgmestre et au besoin du juge de paix doivent certainement trouver plus d'une fois leur application efficacement protectrice. Si j'ajoute que, comme en France, les art. 205 et suivants du Code civil relatifs aux aliments sont applicables en Belgique, il ne semblera pas téméraire d'affirmer que l'organisation de la protection des intérêts des malades internés est des plus complètes, surtout si l'on réfléchit qu'on ne fait, chez nos voisins, à ce point de vue, aucune différence des asiles privés avec les asiles publics.

Luxembourg. — Dans le Grand-Duché, une loi du 7 juillet 1889 fixe dans 39 articles les conditions légales du régime des aliénés. Au chapitre VII, les articles 29 à 34 déterminent les effets du placement de l'aliéné sur l'administration de ses biens et sa capacité de contracter ; mais les mesures protectrices, à peu près calquées sur les dispositions de notre loi de 1838, y sont tout aussi insuffisantes dans ce sens et inférieures aux dispositions belges. Signalons que, d'après l'art. 30, *in fine*, l'administrateur délégué de la commission de surveillance, institué par cet article, qui a des pouvoirs aussi restreints qu'en France d'après la loi de 1838, doit donner des garanties mobilières ou immobilières à déterminer par le gouvernement et déposer, aux époques et conditions fixées par un règlement, les sommes dont il opère le recouvrement pour le compte de l'aliéné, et que d'après l'art. 33 le tuteur de l'interdit et l'adminis-

©BIUM

trateur des biens de l'aliéné placé dans un asile doivent, tous les trois ans, un compte de leur gestion au Conseil de famille. Il est critiquable que l'administrateur délégué de la commission de surveillance soit astreint, ses fonctions étant sans doute gratuites, à donner des garanties de sa gestion. Cette disposition excessive à tous égards ne se trouve, que je sache, formulée nulle part ailleurs dans les législations étrangères.

Hollande. — Une loi spéciale aux aliénés datant de 1841 a été remplacée par une nouvelle loi qui, votée en 1884 par une des Chambres néerlandaises, a dû être adoptée par la seconde Chambre depuis cette époque. Voici quels sont les articles qui règlent l'administration des biens des aliénés placés dans un établissement et leur mise sous curatelle :

ART. 32. — Toute personne majeure admise dans un établissement pour cause d'aliénation mentale perdra l'administration de ses biens, et des biens d'autrui si elle en était chargée. L'art. 1367 du Code civil est applicable aux engagements pris par cette personne.

Pour l'application des articles 501 et 502 du Code civil, le majeur sera assimilé aux personnes dont la curatelle est demandée ou accordée.

ART. 33. — En cas de nécessité de pourvoir à l'administration générale ou partielle des biens d'une personne admise dans un établissement d'aliénés, ou de soigner ses intérêts à tous égards, un administrateur provisoire sera nommé par le tribunal de l'arrondissement de la dernière demeure ou domicile, ou, à défaut d'une demeure ou d'un domicile dans le pays, par le tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

La nomination se fera sur la demande des personnes ayant qualité pour demander l'admission dans l'établissement ou sur la demande d'autres intéressés et, à leur

©BIUM

défaut, sur le réquisitoire du ministère public qui, d'ailleurs, doit toujours être entendu.

La femme peut être nommée administrateur provisoire des biens de son mari.

Sauf l'autorisation du juge du canton, l'administrateur ne peut accomplir d'autres actes que ceux d'une simple administration. Cette autorisation ne sera accordée que pour des motifs sérieux et après avoir entendu ou préalablement cité les quatre plus proches parents ou alliés par mariage et l'époux s'il y en a.

Sont applicables à la dite autorisation les dispositions des art. 2 et 4 de la loi du 2 avril (*Bulletin des lois*, n° 681), sauf la disposition de l'art. 4 sur les vacations des juges de canton, laquelle disposition est abolie par l'art. 3 de la loi du 9 avril 1877 (*Bulletin des lois*, n° 73).

Les attributions de l'administrateur provisoire cessent du moment où le malade a quitté l'établissement dans l'un des cas mentionnés par les alinéas 1 et 2 de l'art. 28 (de la présente loi) ainsi qu'après la nomination d'un curateur et lorsque l'administrateur provisoire a été régulièrement informé de l'une ou l'autre de ces circonstances.

ART. 34. — S'il est nécessaire, après que la première autorisation pour un séjour prolongé aura été accordée en vertu de l'article 34, qu'une personne placée dans un établissement d'aliénés soit mise en curatelle, ce qui pourra, à défaut de demande formée en temps utile par d'autres personnes ayant qualité, faire l'objet d'une réquisition du Ministère public, hors des cas mentionnés par l'article 489 du Code civil, les dispositions de ce Code seront observées, sauf les modifications suivantes.

1° Aucune liste de témoins ne sera jointe à la requête ; aucun document ne sera à produire qu'un certificat du

©BIUM

médecin ou, s'il y en a plusieurs, du premier médecin de l'établissement, constatant l'état continu de démence du malade, et une copie de l'autorisation judiciaire accordée en dernier lieu pour le placement dans l'établissement, si la mise en curatelle est demandée au tribunal autre que celui qui a accordé l'autorisation de placement.

2° Après la remise des documents visés par le n° 1, le tribunal passera à l'audition prescrite par l'article 492 du Code civil.

3° La notification prescrite par l'article 493 du Code civil pourra être faite à l'administration de l'établissement quand le médecin de l'établissement déclare à l'huissier que cette notification à l'aliéné lui-même pourrait lui nuire. Cette déclaration sera mentionnée dans l'exploit et signée par le médecin, le tout sous peine de nullité.

4° Les interrogatoires visés par les articles 493 et 497 du Code civil auront lieu dans l'établissement et, en cas de besoin, en présence d'un de ses médecins ; les alinéas 5 et 6 de l'article 23 sont applicables.

5° Après l'interrogatoire, le tribunal rendra son jugement, sans appel ultérieur des parties, sauf la faculté accordée au tribunal d'ordonner une audition de témoins, conformément à l'article 494 du Code civil.

6° La signification du jugement ou de l'arrêt qui prononce la curatelle se fera à la personne de l'aliéné ou, dans le cas prévu au n° 3, de la manière prescrite par le dit n° 3.

7° Les conclusions écrites du Ministère public peuvent être mentionnées sur la requête.

ART. 35. — Dans les trois jours après la date des documents y relatifs, les greffiers des tribunaux d'arrondissement et des tribunaux de canton informeront par lettre l'administration de l'établissement où l'aliéné est soigné de la nomination de l'administrateur provisoire,

de la mise en curatelle prononcée et de la nomination de curateurs et curateurs adjoints.

Cette notification sera annexée au registre mentionné *par l'article 18 et dans lequel sera inscrit le contenu principal de la lettre.*

En résumé, à part les articles qui visent d'une façon plus particulière la procédure pour la mise en curatelle, la loi hollandaise est inférieure à la loi belge pour protéger les biens des aliénés. Il n'y a pas d'administrateur légal provisoire pour eux, et il s'écoulera toujours, malheureusement, un temps trop long avant la nomination d'un administrateur judiciaire. La loi a le tort, en outre, de ne pas énumérer les actes que peut faire l'administrateur judiciaire, en dehors de la simple administration, tout en laissant la latitude au juge de paix de les autoriser. Les dispositions légales s'appliquant indistinctement aux aliénés traités dans tous les établissements, ils sont protégés dans leurs biens d'une façon identique ; la disposition imposée au greffier d'aviser l'établissement de la mise en curatelle ou de la nomination de l'administrateur judiciaire est excellente, comme aussi celle qui permet de nommer la femme de l'aliéné administrateur provisoire des biens de son mari.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1901.

Présidence de M. JOFFROY.

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

MM. Thivet, Trénel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de Mlle Tobolowska, remerciant la Société de lui avoir décerné le prix Moreau (de Tours) ;

2° Une lettre de M. Lalanne, médecin adjoint de l'asile de Maréville, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Magnan, Vallon et Febvré, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Marro, directeur-médecin du manicome de Turin, demandant à être nommé membre associé étranger. — Commission : MM. Legrain, Taguet et Semelaigne, rapporteur ;

4° Une lettre d'invitation à la séance de distribution des prix de la Société de Tempérance.

La Correspondance imprimée comprend :

1° *Les aliénés dans le droit civil brésilien* ; par M. Nina-Rodrigues. — M. Dupain est chargé de l'analyse de ce travail ;

2° *Art et artistes*, par M. Mobius. — M. Roubinovitch est chargé d'analyser cet ouvrage ;

3° *Prophylaxie et traitement du criminel récidiviste*, par M. Jul. Morel. — M. Vallon est chargé de l'analyse de ce travail ;

©BIUM

4° *Revue de l'hypnotisme*, n° 5.

M. Febvré offre à la Société, au nom de MM. Picqué, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, et Jules Dagonet, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, le tome premier de leur ouvrage intitulé : *Chirurgie des aliénés. Recueil de travaux.*

Rapport de candidature.

M. Dupain. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Magnan, Taule et Dupain, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. le Dr Truelle qui sollicite le titre de membre correspondant de votre Société.

Il m'est agréable et facile de m'acquitter de cette mission. Le Dr Truelle n'est pas un inconnu pour vous, et j'ai pu apprécier ses connaissances en clinique mentale et son savoir lorsque je dirigeais la Colonie familiale de Dun-sur-Auron ; je suis heureux que cette circonstance me soit offerte de rendre un hommage bien mérité à la valeur scientifique de mon ancien et dévoué collaborateur.

Externe des hôpitaux de Paris en 1893, en 1895 reçu le premier au concours de l'internat des asiles de la Seine, le Dr Truelle fut conservé à titre d'interne supplémentaire au Bureau de l'admission de l'Asile clinique, dans le service de M. Magnan, en 1898 et 1899. Ce maître éminent l'avait choisi parmi ses élèves pour qu'il pût s'occuper plus spécialement de la mise en œuvre de sa méthode thérapeutique de l'alitement des aliénés. Enfin, en 1900, le Dr Truelle était reçu le premier (*ex æquo*) au concours des médecins adjoints de la région de Paris. Nommé peu de temps après médecin adjoint des asiles de la Seine, il était placé dans le service de la Colonisation familiale de Dun-sur-Auron.

Le Dr Truelle soutint brillamment sa thèse de doctorat en 1898, et son président, M. le professeur Joffroy, ne lui ménagea pas son approbation élogieuse. Cette thèse, comme l'indique le titre, est une étude critique sur les psychoses dites post-opératoires, étude critique remarquable d'une question tout récemment mise à l'ordre du jour. Laissant de côté le myxœdème consécutif aux ablations du corps thyroïde et les troubles cérébraux

©BIUM

que peuvent amener les interventions craniennes, l'auteur envisage la généralité des autres opérations chirurgicales et pose, dès le principe, cette question : « Existe-t-il des cas de folie qui méritent réellement le nom de post-opératoires ? » Pénétré des idées de M. Magnan sur la dégénérescence mentale, et de M. le professeur Joffroy sur la prédisposition, il conclut par la négative. Les conditions nécessaires ou suffisantes, pense-t-il, pour créer une entité morbide distincte sont : ou une étiologie commune, ou une symptomatologie analogue, ou un processus anatomo-pathologique identique. Il ne lui sera pas difficile d'établir qu'aucune de ces conditions n'est remplie dans le cas particulier envisagé. Dans un historique abondamment documenté, l'auteur, se plaçant à un point de vue général, montre d'abord comment l'idée des psychoses post-opératoires est devenue un cas particulier des psychoses traumatiques, dérivées elles-mêmes des folies sympathiques. Entre temps, il fait ressortir l'extrême diversité des cas publiés par les auteurs. Analysant ensuite un grand nombre d'observations publiées et personnelles, il met en relief les points suivants : 1° la fréquence des cas de folie consécutifs à des interventions chirurgicales est minime relativement au grand nombre des opérations ; 2° la date d'apparition des symptômes mentaux varie dans les limites les plus larges après l'intervention ; 3° outre l'extrême diversité des opérations mises en cause, dans l'acte opératoire même, différents moments étiologiques ont été incriminés successivement ou simultanément : crainte de l'intervention, sentiment de déchéance dû à la perte d'un membre ou d'un organe, intoxication par les anesthésiques ou les antiseptiques, choc opératoire, infection microbienne par suppuration, auto-intoxication par privation d'une fonction glandulaire (ovaire), etc. De sorte que l'opération chirurgicale n'agit pas comme une cause unique ; 4° la forme mentale observée, loin d'être une, affecte plutôt cette irrégularité et ce polymorphisme qui semble être le propre des délires chez les dégénérés. C'est, comme il le dit, « le Protée, qui peut revêtir toutes les formes ».

De tout cela il résulte, d'après l'auteur, que dans l'éclosion de ces cas de folie, l'intervention chirurgicale

©BIUM

ne joue pas d'autre rôle que celui d'une cause occasionnelle banale, et la diversité même des formes cliniques observées n'autorise pas à créer un groupe pathologique distinct, des folies post-opératoires.

Telle est cette thèse. Elle est le témoignage des connaissances cliniques de l'auteur, et de son érudition. C'est un travail personnel qui sera toujours lu avec fruit.

Le Dr Truelle a fait d'autres recherches et d'autres travaux. Il a publié des observations cliniques dans les *Archives de Neurologie* et dans nos *Annales* : Sur un cas de dégénérescence mentale, état névropathique, appoint alcoolique, délire hallucinatoire ; Sur un cas de paralysie générale avec hallucinations. Dans ces deux observations cliniques on retrouve la même tendance d'interpréter par la tare dégénérative l'irrégularité d'évolution d'un cas de délire hallucinatoire, et la présence d'hallucinations impératives à forme obsédante chez une paralytique générale au début.

Deux cas d'amnésie continue ont fait l'objet d'une communication au Congrès de Psychologie de 1900. Ces deux cas d'amnésie continue offrent une analyse très détaillée de cette forme d'amnésie rétro-antérograde que l'on a cru d'abord l'apanage exclusif des hystériques.

Chez les deux malades, aucun stigmate de la névrose n'a pu être décelé. L'un, atteint de syphilis cérébrale, est devenu amnésique à la suite d'une attaque épileptiforme violente suivie d'excitation passagère ; l'autre, après une tentative d'asphyxie par l'oxyde de carbone. Tous les deux souffraient d'une perte de la mémoire portant sur un temps mal déterminé antérieur à l'accident provocateur. Tous deux oubliaient totalement les faits passés, quelques minutes après leur événement. Le premier s'est peu à peu affaibli intellectuellement et a succombé à une attaque épileptiforme. L'autopsie a découvert la présence d'un foyer de ramollissement dans le lobe frontal gauche. L'autre, au contraire, s'est peu à peu amélioré ; pourtant, au bout d'un an, il n'avait pas encore recouvré la plénitude de la mémoire.

Vous n'avez pas, Messieurs, perdu tout à fait le souvenir de l'intéressante communication que le Dr Truelle vous a faite cette année sur le délire des actes dans la paralysie générale. Aussi, je ne vous en dirai que

©BIUM

quelques mots. Comme dans sa thèse, l'auteur cherche ici une interprétation générale des faits. A son sens il n'y a pas de délire des actes au point de vue pathogénique : les actions maladives des paralytiques étant sous la dépendance de leur état intellectuel. Il montre que les caractères morbides pathognomoniques de ces actes : impulsivité, absurdité, répréhensibilité, s'expliquent précisément par la déchéance intellectuelle du sujet. D'après lui, on peut différencier les actes pathologiques des paralytiques, comme d'ailleurs tous les actes en général, en *volitionnels* et *automatiques*. Encore ces derniers sont-ils rares et d'une définition bien incertaine. Les premiers se distinguent en *démentiels* et *délirants*, selon la nature de la volition dont ils procèdent. Même les actes délirants par leur origine, c'est-à-dire ayant pour point de départ une idée délirante, sont démentiels par leur mécanisme, c'est-à-dire revêtent plus ou moins les caractères d'absurdité, d'impulsivité, de répréhensibilité signalés plus haut.

Enfin, je termine cet exposé des titres et travaux scientifiques du Dr Truelle, en rappelant que son mémoire sur « Les délires dans la paralysie générale » a été couronné par l'Académie de médecine. Il a obtenu le prix Civrieux en 1900. L'auteur fait une étude très complète de tous les troubles intellectuels liés à la paralysie générale. Il s'étend longuement sur la démence paralytique dont il cherche à donner une explication anatomique basée sur la théorie des neurones et les découvertes histo-pathologiques les plus récentes. En effet, d'après lui, c'est dans cet état démentiel progressif et global que se trouve l'explication de tous les caractères propres aux délires dans la paralysie générale. Il montre ensuite qu'en l'état actuel de la science il paraît prématuré de vouloir expliquer par des données anatomo-pathologiques précises la pathogénie des délires dans la méningo-encéphalite chronique. Leur étiologie est en effet multiple (alcoolisme, intoxications diverses, — prédisposition et dégénérescence). M. le professeur Raymond, qui était le rapporteur de la Commission du prix Civrieux, termine son rapport en disant que « l'auteur a eu le grand mérite d'imprimer à son Mémoire le cachet d'une œuvre personnelle, en faisant preuve de

©BIUM

beaucoup de sens critique dans l'utilisation des matériaux qui lui ont servi à établir sa thèse, et qui comprennent un nombre assez respectable d'observations inédites. En outre, l'ampleur et la bonne ordonnance de ce Mémoire, la connaissance approfondie du sujet qui s'y révèle et qui atteste à la fois une grande expérience clinique et beaucoup d'érudition en font une monographie d'une incontestable valeur, digne, à tous les points de vue, des encouragements de l'Académie ». Maintenant vous pouvez apprécier, Messieurs, le mérite du candidat. Il est digne de fréquenter chez vous. Il apportera sa part d'activité aux travaux de votre Compagnie. Votre Commission vous propose, à l'unanimité, de décerner à M. le Dr Truelle, lauréat de l'Académie de médecine, médecin adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine, le titre de Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Truelle est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

Kyste hydatique ostéo-fibreux du cerveau.

par M. Aug. Vigouroux.

M..., Adolphe, âgé de soixante-huit ans, entre à l'asile le 10 novembre 1900, présentant un état de démence très prononcé.

L'affaiblissement intellectuel s'était manifesté quinze mois auparavant à la suite du violent chagrin que lui avait causé la mort de sa femme, survenue quelque temps auparavant.

Il avait dû abandonner son métier de tonnelier et avait été recueilli par des parents ; progressivement ses facultés avaient faibli, « il était tombé en enfance », ne reconnaissant plus les siens, se perdant dans les rues, etc.

Puis il avait présenté de courtes périodes d'excitation, tenant des propos incohérents, refusant de se coucher, ne dormant plus la nuit, et même aurait présenté des hallucinations visuelles. Ses parents ne pouvant plus le diriger, ni exercer sur lui la surveillance de tous les instants qui lui était nécessaire, le firent interner.

D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, c'était un homme intelligent, sobre (?), jouissant d'une bonne santé habituelle, *n'ayant jamais eu d'attaque de paralysie ni de convulsions.*

©BIUM

A son entrée dans le service, M... avait l'aspect d'un dément sénile; il était turbulent par intervalles, tenait des propos incohérents, se plaignait de ne pas avoir mangé, interpellait les infirmiers qu'il prenait pour son fils, et ne reconnaissait pas même ce dernier quand il venait le voir.

Il ne répondait pas aux questions qu'il semblait ne pas comprendre, se contentant de répéter la fin de la phrase.

D. Avez-vous des enfants? — R. Des enfants pour mettre quoi? etc.

L'examen somatique ne révéla rien de particulier au point de vue de la motilité et de la sensibilité. Il ne présentait aucune paralysie, ni parésie localisée, ni aucun trouble de la sensibilité. Il avait une faiblesse générale en rapport avec la sénilité, et de plus il était porteur d'une double hernie inguinale.

Il passa deux mois dans cet état de la démence, puis s'affaiblit progressivement, devint gâteux, s'alita et succomba à une pneumonie du sommet, le 12 février 1901.

A l'autopsie, le cerveau était congestionné, la pie-mère était épaissie, mais non adhérente, les artères étaient athéromateuses.

Au pied de la première frontale gauche, se trouvait une petite tumeur sphérique de la grosseur d'un petit pois, recouverte par la pie-mère et enfoncée dans le tissu cérébral.

Cette tumeur, dure au toucher, incompressible, était calcifiée. Après décalcification dans une solution d'acide chlorhydrique, elle put être sectionnée verticalement et coupée.

On voit à l'œil nu qu'elle est composée d'une enveloppe épaisse de couleur blanche et d'une masse centrale de forme irrégulière séparée de l'enveloppe périphérique par des espaces plus clairs.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire du Dr Gombault et sous sa direction, montra que la coque était constituée par du tissu fibreux se continuant à l'intérieur par du tissu osseux; la partie centrale de la tumeur est représentée par une masse caséeuse. Les espaces clairs sont formés par des zones parcourues par des travées fibrillaires contenant dans leur maille des cellules conjonctives, des éléments cellulaires nécrobiosés, des cristaux d'acide gras, des vaisseaux et des cellules chargées de pigment ocre; d'autres espaces clairs entourés de tissu osseux contiennent des myélocites, des mastzellen, des vaisseaux, des cellules rondes, et ont l'aspect de la moelle osseuse.

Au centre de la masse centrale caséeuse, dans une seule des préparations, nous avons trouvé deux crochets très caractéristiques d'échinocoque ou de cysticerque, entourés de plusieurs rangées de cellules ovalaires en voie de dégénérescence; la présence de ces crochets impose le diagnostic de kyste hydatique.

©BIUM

La pie-mère recouvre la tumeur; elle est soulevée au-dessus de la substance cérébrale, et à ce niveau elle est épaissie, très vasculaire et infiltrée de cellules rondes.

Au-dessous de la tumeur le tissu cérébral est sclérosé dans une certaine partie, mais dans une zone très limitée; tout à côté il reprend son aspect normal. Cependant on trouve dans les coupes de parties voisines une grande abondance de corpuscules amyloïdes.

L'examen des autres parties du cerveau à l'hématoxyline-éosine, au Nissl et au Weigert, ne montre rien d'intéressant en dehors des lésions de la sénilité.

La dégénérescence ostéo-fibreuse du kyste hydatique et sa calcification indiquent l'ancienneté de son arrivée dans le cerveau. Il a donc pu se fixer, se développer et se dégénérer dans cette portion de la zone de la psychique du cerveau, sans y déterminer de troubles d'irritation des zones voisines.

A-t-il pu contribuer au développement de la tumeur profonde que nous avons constatée? Non, ou s'il a pu y prendre part, il est impossible de se rendre compte de son action.

Mais l'intérêt de cette observation m'a paru résider surtout dans son rapprochement de celle qu'a communiquée M. le professeur Joffroy au Congrès international de Neurologie. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur, beaucoup plus grosse, il est vrai, et développée dans le cervelet, mais dont la constitution histologique était absolument identique : couche fibreuse, tissu osseux, masse caséeuse, espace clair contenant les mêmes éléments, etc.

M. le professeur Joffroy avait éliminé l'hypothèse de kyste hydatique du cerveau, et a discuté le diagnostic de gomme ou de tubercule.

Réveil grave d'une syphilis ancienne sous l'influence de l'alcool,

par M. LEGRAIN, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard.
et M. GUIARD, interne du service.

A..., docteur en médecine, entre à Ville-Evrard le 20 novembre 1901. C'est un homme de trente-cinq ans, d'apparence robuste, gros et bien musclé. Les différents certificats le décla-

©BIUM

rent atteint de paralysie générale progressive. Le certificat de l'Infirmerie spéciale ajoute qu'on l'a trouvé errant dans les rues de Bourg-la-Reine, incapable de fournir le moindre renseignement.

A son entrée il se présente à nous dans un état de satisfaction béate et puérile. Il n'a pas la moindre conscience de sa situation. Il ne cherche pas à savoir où il est, pourquoi il est ici. Sa santé, dit-il, est excellente. Il vient d'un hôpital où il était très bien (Sainte-Anne). Il espère s'en aller bientôt pour retourner chez lui et reprendre sa clientèle. Il ne manifeste pas le moindre sentiment affectif à l'égard de sa femme et de ses enfants.

L'affaiblissement intellectuel est manifeste. L'amnésie porte sur une très longue période. S'il se souvient être venu de Sainte-Anne, il ne peut fournir aucun renseignement sur le temps qu'il y a passé : tous les événements antérieurs sont oubliés, son passage à l'Infirmerie du Dépôt, son séjour à Bourg-la-Reine. Il ne peut dire comment il y est venu, quand il a quitté son pays. Il croit qu'il n'est pas venu à Paris depuis l'Exposition. Il ne sait ni quel jour, ni dans quel mois nous sommes.

Pas d'idées délirantes.

Il déclare avoir contracté la syphilis il y a dix ans, étant étudiant, et s'être bien soigné dès le début.

Mydriase et légère inégalité pupillaire au profit de la droite.

Le réflexe lumineux est conservé mais affaibli.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Léger tremblement de la langue, mais pas d'embarras de la parole bien appréciable.

Tremblement des doigts. La force musculaire est assez bien conservée.

Au dynamomètre 51 à droite, 46 à gauche. Il présente une atrophie des muscles de la jambe droite. La circonférence du mollet est de 34 centimètres à droite, et de 37 1/2 à gauche. L'atrophie est limitée à ces muscles.

La sensibilité paraît intacte dans tous ses modes.

Une ponction lombaire faite le 22 novembre permit de retirer environ 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. L'examen du liquide, pratiqué le jour même par M. le Dr Devaux, fit constater la présence de nombreux lymphocytes.

On peut donc porter avec certitude le diagnostic de paralysie générale.

Les renseignements complémentaires fournis par le beau-frère, également médecin, sont des plus intéressants.

Dans les antécédents héréditaires du malade, nous trouvons un père arthritique, mort goutteux à cinquante ans, après être resté impotent pendant douze ans, et une mère morte d'un cancer de l'estomac à quarante-sept ans.

Un frère du malade est atteint de cystite et d'épididymite tuberculeuses.

Une sœur est bien portante. Il n'y a pas d'aliénés dans la famille.

Rien à signaler dans les antécédents personnels du malade, si ce n'est des excès d'onanisme dans sa jeunesse.

Il était intelligent, bon élève, et fit des études brillantes.

Il a deux enfants très bien portants, l'un de cinq ans et demi, l'autre de trois ans et demi.

L'accident primitif remonte à onze ans. Le malade s'est toujours très bien soigné de sa syphilis, et dès le début. Il eut des plaques muqueuses, de l'alopécie. La maladie ne présenta rien de particulier.

Les premiers symptômes de paralysie générale apparurent il y a environ un an. A... devint indifférent, apathique.

Il eut de l'amnésie. Il oubliait les doses des médicaments.

A cette époque il fit une période de vingt-huit jours, pendant laquelle il se livra à des excès de boisson, surtout d'absinthe, ce qui parut extraordinaire de la part d'un homme habituellement très sobre. Pendant ces vingt-huit jours il se surmena beaucoup, et commit un certain nombre d'actes ridicules et bizarres. D'après les renseignements très précis de son beau-frère, ce fut à la fin de cette période que fut conçu son troisième enfant, qui mourut à trois semaines, de syphilis héréditaire.

Puis il y eut une rémission de quelques mois, après lesquels s'accentuèrent les symptômes de la paralysie générale.

Il eut un tremblement de la main assez intense pour l'empêcher complètement d'écrire pendant quinze jours. Une nuit il se plaignit de fourmillement dans tout le côté droit. L'atrophie du mollet apparut.

Les phénomènes d'amnésie augmentaient : il avait, à de rares moments, un peu d'excitation, avec idées ambitieuses. On l'envoya à Luchon pour y suivre un traitement intensif. On lui fit des injections de biiodure de mercure pendant trois semaines.

Au retour il s'égara, passa à Angers où il accomplit un acte très sensé. Il envoya un cadeau au médecin de Luchon qui l'avait soigné. Huit jours après, il est trouvé errant dans un jardin à Bourg-la-Reine, ayant perdu valise, parapluie, trousse. On le conduisit à l'Infirmerie du Dépôt.

Voici donc un malade de souche arthritique et cancéreuse, qui présente des symptômes de paralysie générale onze ans après l'apparition d'une syphilis soignée dans

©BIUM

toutes les règles de l'art, et qui semblait complètement guérie.

En même temps qu'apparaissent les premiers symptômes de la paralysie générale, il se livre à des excès alcooliques et absinthiques, et c'est pendant cette période qu'est conçu le troisième enfant, qui meurt de syphilis héréditaire, les deux premiers étant complètement indemnes.

Ne voyons-nous pas se manifester ici, d'une façon précise, l'influence de l'intoxication alcoolique, sinon sur le développement de la paralysie générale, mais sur le retour offensif de la syphilis, se traduisant par la transmission de la diathèse au fœtus, et la mort de celui-ci? Notons que la femme ne paraît pas avoir été contaminée.

Quel a été le rôle des excès alcooliques sur l'apparition des symptômes de la paralysie générale? Il semble que ceux-ci ont été les premiers en date, et que les excès de boisson n'étaient que la manifestation de troubles cérébraux, comme cela est fréquent chez les paralytiques généraux au début. Mais leur influence sur la transmission de la syphilis au fœtus est indiscutable. Il s'agit là d'un réveil de la maladie, d'un accident spécifique en quelque sorte, bien différent de la paralysie générale. On sait en effet que les paralytiques généraux peuvent présenter des accidents spécifiques de toutes sortes, guérissables par le traitement, qui n'a, en revanche, aucune action sur les lésions de la paralysie générale.

Du délire de grossesse,

par MM. TOULOUSE et MARCHAND.

L'idée délirante de grossesse peut être caractérisée par une conception délirante de grossesse ou d'accouchement. La fausse grossesse n'entre pas dans ce cadre, car elle n'est pas un délire, et repose sur des symptômes qui peuvent en imposer à un médecin. Pour qu'il y ait délire, il est nécessaire que la croyance repose sur des faits manifestement faux, et par des procédés de jugement nettement irrationnels. Ce délire de grossesse

©BIUM

peut s'observer chez des hommes ; il n'est pas forcément en rapport avec des troubles de la menstruation ni d'autres susceptibles de justifier dans une certaine mesure la conception délirante. Dans presque tous les cas, les malades observés étaient des déments et, notamment, des déments paralytiques.

On comprend que les paralytiques généraux soient sujets à ce délire spécial, qui se rapproche des délires hypochondriaques et de négation si fréquents chez eux. Comme les délires spéciaux, l'idée délirante de grossesse porte sur la constitution physique du sujet ; mais il est plutôt à tendance expansive. Comme tous les délires, il peut présenter des idées plus ou moins systématisées, en rapport avec le fonds intellectuel du malade.

Il emprunte une physionomie spéciale à la fonction puerpérale qui est importante et définie. A ce titre, il mérite de constituer une variété délirante qui, pas plus que le délire de négation, n'est une entité morbide, mais est seulement un syndrome que l'analyse a intérêt à détacher du bloc des délires dans un but d'étude.

A ce titre, la sémiologie des idées délirantes de grossesse pourra apporter de nouveaux éléments à la classification diagnostique et pronostique des maladies mentales.

DISCUSSION

M. MAGNAN. — L'idée de grossesse chez l'homme est en effet rare ; mais chez la femme c'est très fréquent, non seulement chez des paralytiques généraux et des déments, mais chez des dégénérés, des mélancoliques. J'ai le souvenir d'un très grand nombre de cas. Cela me paraît tout aussi fréquent chez eux que chez des paralytiques généraux ou des déments.

M. TAGUET. — On rencontre cela dans beaucoup de genres. Il s'agit souvent d'illusions, comme dans le cas de reins mobiles. C'est un symptôme très connu, banal, et qui ne peut être regardé comme une entité morbide.

M. LEGRAIN. — Comprenez-vous dans ce délire les idées de grossesse des hystériques ?

M. TOULOUSE. — Non ; je les en sépare.

M. CHRISTIAN. — Ce symptôme n'est pas rare, et est même très banal. On en a un grand nombre d'observa-

©BIUM

tions, et il en est même signalé dans Esquirol. On considérait cela comme un délire sensoriel, avec un point de départ organique quelquefois. L'idée de grossesse ne mérite donc pas qu'on y attache d'importance.

M. BRIAND. — Il n'y a pas que les paralytiques généraux qui ont cette idée. J'ai dans mon service une circulaire qui, dans ses périodes d'excitation, se figure qu'elle accouche de beaucoup d'enfants, ou que son ventre enfle et l'enlève au plafond.

M. ARNAUD. — M. Toulouse a observé que tous ses malades avaient un ton affectif expansif. Mais je ne crois pas qu'on puisse dire que l'idée de grossesse soit de ton dépressif, et soit de nature hypochondriaque. Il y a des femmes atteintes de délire de persécution, chez lesquelles les idées de grossesse apparaissent au moment de la période mégalomaniaque. J'ai observé une femme qui se croyait enceinte des œuvres de Dieu, et croyait mettre au monde un nouveau Christ. C'est le scandale qu'elle a provoqué au moment où l'accouchement devait se produire, qui a amené le délire de grandeur. Comme elle était enfermée, le Christ ne pouvait pas naître ; mais sa substance se substituait molécule à molécule à elle-même, et elle arriva, par une série de raisonnements ayant ce point de départ, à se croire à la fois la mère, la fille et la sœur de Dieu. Cette idée, qui peut se retrouver chez des paralytiques généraux, des hypochondriaques, des mélancoliques, etc., un peu partout, en somme, ne saurait être comparée au délire de négation, ni de près, ni de loin. Car il y a là une évolution qui n'existe pas dans le délire de grossesse. Il ne s'agit pas là d'un syndrome, mais d'une simple idée délirante.

M. DUPAIN. — Je ne puis que me rallier aux paroles de M. Toulouse. J'ai vu, pour ma part, plusieurs paralytiques généraux ayant ce délire.

M. SÉRIEUX. — J'ai dans mon service trois femmes ayant du délire de grossesse : l'une est une persécutée, une autre une démente précoce, la troisième une dégénérée.

M. FEBVRÉ. — J'ai une jeune paralytique générale, qui, comme dans un des cas de M. Toulouse, fait des efforts d'accouchement tous les jours ; mais elle est au contraire dans un état dépressif, et non expansif.

©BIUM

M. Toulouse. — Je constate que ce phénomène est fréquent, comme je l'ai dit. Pour la comparaison avec le délire de négation, Cotard en avait d'abord fait une entité spéciale ; mais son opinion n'a pas prévalu, et de nombreux travaux ont montré qu'on rencontrait ailleurs des idées de négation. Baillarger avait déjà signalé les idées de négation chez les paralytiques généraux, et il est certain que chez eux il y a une tendance à des idées hypochondriaques, portant sur la constitution physique. Ce qui est certain aussi, c'est que le pourcentage des paralytiques généraux ayant cette idée de grossesse est assez considérable pour qu'il y ait là une particularité digne d'être signalée et étudiée.

La séance est levée à six heures.

Paul Sollier.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1901.

Présidence de M. JOFFROY.

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

MM. Doutrebente, Dupré, Marchand, Thivet et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Truelle, nommé membre correspondant ;

2° Des lettres de MM. Dupré et Vigouroux posant leur candidature à la place vacante de membre titulaire. La commission chargée d'examiner ces candidatures sera nommée à la prochaine séance ;

3° Une lettre de M. Van Deventer, directeur-médecin de l'asile de Meerenberg (Hollande), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Joffroy et Dupain, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Pons, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, sollicitant le titre de nombre correspondant. — Commission : MM. Falret, Ritti et Boissier, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Colombani, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Sérieux et Febvré, rapporteur ;

6° Une circulaire du Ministre de l'Instruction publique avisant la Société que le prochain Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne le 1er avril 1902.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La tuberculose comme maladie populaire, et le moyen de la combattre*, par M. Knopf, de New-York ;

2° *La réclame en médecine*, par M. Massalongho ;

3° *La Revue de l'Hypnotisme*, numéro de décembre 1901 ;

4° *Bulletin de la Société française de Tempérance*, numéro de décembre.

M. Christian. — J'ai l'honneur de déposer, au nom de l'un de nos correspondants les plus distingués et les plus laborieux, M. le Dr Mabille, un mémoire comprenant trois observations recueillies par lui et présentées à la Société de Médecine de La Rochelle. L'une de ces observations est un rapport de médecine légale sur un cas de meurtre commis par une fille hystérique sur son amant. Une autre, fort intéressante, a trait à un empoisonnement accidentel par le colchique. On trouvera dans ces travaux toutes les qualités d'observation sagace et minutieuse qui distinguent notre collègue.

Élection de Bureau pour 1902.

Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président :

M. Gilbert Ballet est élu à l'unanimité des suffrages exprimés ;

2° M. Ritti est réélu secrétaire général par acclamation ;

3° MM. René Semelaigne et Paul Sollier sont réélus secrétaires annuels par acclamation ;

©BIUM

4° M. BRUNET est réélu trésorier par acclamation ;

5° M. BOISSIER est réélu bibliothécaire-archiviste par acclamation.

Le conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auquel sont adjoints les deux derniers présidents, MM. MAGNAN et JOFFROY.

Le comité de publication est composé de MM. BLIN, BRIAND et VALLON.

La commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et FALRET.

Rapports de candidature.

M. FEBVRÉ. — Messieurs, M. le Dr Lalanne, médecin du pensionnat Sainte-Anne, annexé à l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Lalanne est un ancien interne des Asiles de la Seine ; il a été lauréat de la Faculté de médecine de Bordeaux en 1891. Cette année, j'ai eu l'honneur, comme rapporteur du prix Sémelaigne, de vous exposer et d'analyser le long, très important et très documenté travail qu'il avait élaboré en vue de donner à la protection des biens des aliénés une orientation nouvelle, et d'éviter à l'avenir les spoliations si regrettables qui frappent des malheureux sans défense.

Vous n'avez pas hésité à conférer à M. Lalanne le titre si envié de lauréat de la Société médico-psychologique.

A l'appui de sa candidature, M. Lalanne peut invoquer la situation médicale qu'il occupe à Nancy. Il a en effet créé et fait prospérer en quelques années un pensionnat très important, à quelques pas de l'établissement déjà si étendu de Maréville.

Il s'est inspiré, en cette circonstance, des réformes opérées dans les Asiles de la Seine, des leçons qu'il avait puisées à Sainte-Anne dans le service de son éminent maître, M. le Dr Magnan. Reçu en 1899 membre titulaire de la Société de médecine de Nancy, il a publié dans la *Revue médicale de l'Est*, numéro du 15 mars 1900, deux observations très intéressantes de méralgie pares-

©BIUM

thésique. Comme les auteurs qui se sont occupés de la question, il rattache les troubles observés à une névrite plus ou moins accentuée des rameaux périphériques superficiels et en particulier du rameau crural du fémoro-cutané. Chez une de ses malades, les sensibilités douloureuses et thermiques étaient presque totalement abolies dans la zone atteinte ; la sensibilité tactile était intacte. En 1898, la *Revue médicale de l'Est* contient un travail de M. le Dr Lalanne sur l'hyoscine, sur son emploi dans le traitement des maladies mentales. Il reconnaît à cet agent médicamenteux si actif une vertu réellement sédative, une action réellement efficace sur le délire et l'insomnie.

La thèse de M. le Dr Lalanne est intitulée : les exhibitionnistes ; elle comprend un chapitre spécial de médecine légale. — Non seulement l'exhibitionisme est étudié chez l'homme ; mais il est encore étudié chez la femme; il est représenté avec ses caractères bien particuliers chez les conscients (délirants, impulsifs) et chez les inconscients (épileptiques, déments, séniles, paralytiques généraux) ; enfin il est observé et analysé suivant l'attitude des malades que l'auteur a pu diviser, suivant les organes qu'ils étalent aux yeux du public, en exhibitionnistes supérieurs, antérieurs ou postérieurs.

En 1898, M. le Dr Lalanne a adressé à l'Académie de médecine pour le concours du prix Baillarger un mémoire fait en collaboration avec le Dr Cololian, interne des Asiles de la Seine, mémoire qui a été récompensé par un prix de 500 fr. et qui était intitulé : De l'alitement dans les psychoses. Je ne puis mieux faire pour donner une idée de la valeur de ce travail que de rapporter le jugement porté à cette époque par notre savant collègue M. le Dr Motet, membre de l'Académie de médecine, qui s'exprime ainsi dans le Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 18 octobre 1898 : « Ces jeunes médecins ont très sagement apprécié les résultats de la méthode nouvelle ; ils n'ont rien exagéré, et, bien que les succès aient été nombreux, ils n'hésitent pas à dire qu'une plus longue observation est nécessaire avant de porter un jugement définitif. Cette réserve toute scientifique rehausse encore, à notre avis, la valeur de leur travail ». — Enfin M. Lalanne a traduit en fran-

©BIUM

çais le long mémoire écrit par M. Angelo Vaccaro, professeur à l'Université royale de Rome, sur la genèse, le développement, l'organisation et le but de la Maffia, cette sorte de chevalerie de bas étage qui a terrorisé pendant si longtemps la Sicile et qui a fait tant d'adeptes dans les classes peu élevées de la société.

Vous voyez, Messieurs, que les titres scientifiques invoqués à l'appui de la candidature de M. Lalanne sont réels, nombreux, qu'ils ont une grande importance.

Votre Commission, composée de MM. Magnan, Vallon et Febvré, rapporteur, pense que vous voudrez bien lui accorder le titre de membre correspondant de la Société médico-psyhcologique dont il est déjà lauréat.

M. LALANNE est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Febvré, Taguet et René Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Antonio Marro. Ses titres et travaux scientifiques sont bien connus de tous. Médecin à la prison judiciaire de Turin, de 1882 à 1885, puis chef de division au manicome royal dont il devint médecin en chef en 1890, docent de psychiatrie, directeur des *Annales de phréniatrie*, membre de l'Académie royale de médecine de Turin, le Dr Marro fait partie, en qualité de membre honoraire, associé ou correspondant, de nombreuses sociétés scientifiques étrangères.

Parmi ses ouvrages, je me bornerai à citer les suivants :

La folie gémellaire ;

Contribution à l'étude des délires de nature hypnagogique ;

Le traitement du délire aigu par les lavages de l'estomac ;

Les injections de suc testiculaire ;

Dégénérescence et encéphalopathie ;

Cas de mélancolie anxieuse guérie à la suite d'une frayeur ;

Folie choréique ;

La folie chez les femmes ;

Effets des suppurations abondantes et prolongées dans la paralysie générale progressive ;

©BIUM

Les aliénés récidivistes;
La lutte contre la dégénérescence;
De l'éducabilité des dégénérés moraux;
Les psychoses de la puberté;
Le rôle social de la puberté;
Sur les germes de la folie morale chez l'enfant;
De l'influence de l'âge des parents sur les caractères psycho-physiques des enfants;
La puberté. Ses rapports avec l'anthropologie, la physiologie et la psychiatrie;
De l'élimination de l'urée et autres composés dans ses rapports avec la puberté chez la femme et chez l'homme;
Les rapports de la puberté avec le crime et la folie;
De l'époque de la puberté dans les us et coutumes des peuples;
Influence de l'époque de la puberté sur le caractère moral des enfants des deux sexes;
Hygiène de la puberté dans ses rapports avec la pédagogie et la sociologie;
Enfin, le savant rapport présenté au dernier Congrès international sur les psychoses de la puberté.

Messieurs, je suis heureux d'avoir été choisi pour vous prier, au nom de votre Commission, de bien vouloir accorder au Dr Marro le titre de membre associé étranger.

M. Marro est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Application de la méthode psychothérapique au traitement d'une morphinomane présentant des lésions cardiaques graves,

par M. A. Joffroy.

Il y a quelques semaines un de mes collègues des hôpitaux m'adressait à l'asile Sainte-Anne une jeune femme atteinte de morphinomanie, qu'il renonçait à traiter dans son service à cause de la trop grande facilité avec laquelle cette malade, échappant à sa surveil-

©BIUM

lance, arrivait à se procurer de la morphine, et entravait de la sorte sa guérison.

Cette malade, âgée de trente ans, a eu en quelques années quatre attaques de rhumatisme articulaire aigu qui ont déterminé une endo-péricardite grave, de sorte qu'aujourd'hui on constate les signes classiques d'une double lésion de l'orifice aortique, une insuffisance et un rétrécissement, ainsi qu'une dilatation manifeste de l'aorte ascendante.

A l'époque de son arrivée dans mon service, cette femme présentait une pâleur extrême, une faiblesse excessive, et était tellement cachectique que ce n'est pas sans une certaine inquiétude sur les conséquences de l'essai que j'allais faire, que j'ai entrepris la démorphinisation.

Pour atteindre ce résultat j'ai eu recours à la méthode de traitement que j'ai décrite à la Société médicale des hôpitaux de Paris dans la séance du 10 novembre 1899 et que j'ai proposé de dénommer : *Méthode psychothérapique*. Je suis ainsi arrivé sans encombre à la démorphinisation, et, malgré la gravité de la lésion aortique, je n'ai observé aucun symptôme grave, et, si vous me le permettez, je vais résumer devant vous le mode de traitement qui m'a permis d'arriver aussi facilement à ce résultat.

Quand un morphinomane entre dans mon service, je le préviens que je ne ferai la démorphinisation qu'après une assez longue période préparatoire, et seulement quand son état général me paraîtra satisfaisant.

Je laisse le malade fixer la dose qui lui est nécessaire, et le plus souvent il indique de lui-même un chiffre inférieur à sa dose habituelle. J'accorde toujours la dose demandée par le malade, mais j'exige que le nombre des injections sous-cutanées, fixé à quatre, cinq ou six par jour, se fasse régulièrement à des heures absolument fixes ; c'est ainsi que la malade dont je viens de vous entretenir, recevait chaque jour quatre injections : une avant chacun des trois repas, et la quatrième le soir en se couchant.

Le principe de la méthode consiste uniquement en ce que le taux de la solution est changé à l'insu du malade, auquel on injecte toujours la même quantité de

©BIUM

liquide, pendant qu'on l'entretient dans la croyance que la démorphinisation ne sera commencée que beaucoup plus tard.

Pour que la méthode psychiatrique de démorphinisation réussisse, il faut que le secret du plus ou moins de concentration de la solution employée soit rigoureusement gardé, il faut que dans la manière d'être des personnes qui approchent le morphinomane, rien ne puisse lui révéler que le traitement est commencé ; et voici comment je procède dans mon service pour arriver à ce résultat.

La solution de morphine est préparée par un de mes chefs de laboratoire qui ne pénètre pas dans les salles des malades. Il maintient toujours au même niveau le flacon dans lequel on puise le liquide nécessaire aux injections, et lui seul connaît le degré de concentration de la solution employée et sait à quel moment le titre de la solution est changé.

J'ai dit qu'au moment de son entrée dans mon service je convenais avec le malade de la dose qui lui est nécessaire et qu'il était bien entendu avec lui que je continuerais à lui faire donner cette dose jusqu'au moment où je jugerais son état général satisfaisant. D'autre part, j'indique à mon chef de laboratoire la dose par laquelle il doit commencer, et d'une manière générale, je lui fais connaître la marche à suivre pour la démorphinisation, sans cependant lui tracer un programme fixe, ni même lui indiquer d'une manière précise la date où il devra commencer à diminuer la dose de morphine.

La période préparatoire pendant laquelle le malade reçoit intégralement la dose qu'il a fixée lui-même, varie, suivant l'état de faiblesse du malade, entre huit jours, trois semaines ou même un mois, en un mot jusqu'au moment où, sous l'influence du repos, du calme, de l'hydrothérapie, etc., la cachexie a disparu. Et quand mon chef de laboratoire juge, d'après les renseignements qu'il prend, que ce premier résultat est atteint, il commence à diminuer le titre de la solution de morphine sans prévenir qui que ce soit. De la sorte, personne dans le service, ni infirmiers, ni surveillant, ni internes, ni chefs de clinique, personne (car moi-même je ne

©BIUM

suis pas prévenu) ne sait que le traitement est commencé, et rien dans les allures de l'entourage du malade ne le prévient de ce qui se passe, et au besoin même on mentirait pour lui assurer que le titre de la solution n'est pas changé.

Il est vraiment curieux d'observer combien le malade qui reçoit ses injections, toujours aux mêmes doses et aux mêmes heures, reste indifférent au changement de titre de la solution. C'est ainsi que j'ai pour habitude de faire diminuer du premier coup du tiers, ou même de moitié, la dose initiale de morphine, sans que rien dans la manière d'être du malade vienne indiquer qu'il est sensible à cette diminution considérable. Les solutions de morphine étant ainsi de plus en plus diluées, le malade finit par être démorphinisé en trois ou quatre semaines, et d'ordinaire sans avoir présenté le moindre accident.

Je n'ai observé des phénomènes graves, oppression, angoisse, collapsus, que chez un seul malade atteint de tuberculose aiguë, et chez lui j'ai dû renoncer à faire la démorphinisation. Le malade a succombé quelques semaines plus tard.

En général on n'a à noter que quelques phénomènes diarrhéiques qui sont trop peu accusés pour attirer l'attention du malade et lui faire soupçonner la vérité. Et la privation de morphine est si bien ignorée des malades, qu'il m'est arrivé de les trouver incrédules quand je leur annonçais leur complète guérison.

Je terminerai cette communication en attirant votre attention sur un point de détail extrêmement important et relatif à la préparation de la solution de morphine.

Comme la sensation produite localement par les injections de solution de morphine dans l'eau distillée varie beaucoup avec leur titre et que la sensation douloureuse augmente à mesure que la proportion du sel de morphine diminue, il en résulte que si l'on se servait d'une simple solution aqueuse, les malades seraient pour ainsi dire tenus au courant des progrès de démorphinisation, et j'ai dit que c'est ce qu'il fallait éviter.

Pour parer à cette difficulté, je dissous la morphine dans le sérum d'Hayem, et de la sorte la sensation locale

©BIUM

produite par les piqûres reste à peu près indépendante de la quantité de morphine dissoute.

Telle est la méthode qui me réussit constamment, et si je vous ai rapporté la cure de cette jeune femme atteinte de lésions cardiaques graves, c'est que j'ai été réellement surpris de la facilité avec laquelle s'est faite la démorphinisation dans un cas où l'on pouvait craindre les accidents les plus redoutables.

Discussion.

M. Magnan. — En agissant d'une façon inverse, c'est à dire le malade étant confident du traitement, on arrive à des résultats semblables.

A l'arrivée d'un malade, s'il est cachectique, j'ai recours au procédé lent, à la diminution progressive ; quand la morphine se trouve réduite à une faible dose, je donne l'opium à doses plus ou moins fortes. En général au bout de dix jours les malades ne prennent plus de morphine, mais on a encore recours à l'opium une dizaine de jours ; puis viennent les toniques et l'hydrothérapie.

Au début je faisais quelquefois la suppression rapide et même la suppression brusque ; mais j'ai dû renoncer à cause des souffrances intolérables que présentaient les malades.

M. Joffroy. — J'ai eu longtemps recours aux mêmes moyens, dégradation assez lente, puis addition d'opium : mais arrivé à de faibles doses, j'ai vu parfois survenir des accidents.

Au contraire, avec ma méthode actuelle, je n'ai pas eu jusqu'ici d'accidents sérieux.

M. Ballet. — En réalité, la méthode préconisée par M. Joffroy repose sur l'ignorance absolue du malade. On a très fréquemment recours à une méthode analogue, et l'on administre des doses variables sans les faire connaître au patient ; en général, il ne s'y trompe pas. Comment se fait-il donc que, dans les observations de M. Joffroy, leurs propres sensations ne préviennent pas les malades ?

M. Joffroy. — Je me suis déjà posé cette question.

©BIUM

Une condition me paraît nécessaire, c'est de ne pas mettre de morphine uniquement dans l'eau pure.

Avec une solution saline que l'on a soin de laisser au même degré de saturation, la sensation du plus ou moins de morphine n'est pas perçue.

J'ai eu à soigner un malade qui présentait de violents accès d'asthme et ne pouvait être soulagé que par des injections de morphine. J'ai employé cette méthode, et non seulement il a été guéri de sa morphinomanie, mais les accès d'asthme ont diminué d'intensité.

M. ARNAUD. — J'ai eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades atteints de morphinomanie. La difficulté est de supprimer les derniers et surtout le dernier centigramme de morphine. Y a-t-il intérêt absolu à prolonger la période de démorphinisation? J'ai l'impression qu'on a un peu exagéré les dangers d'accidents graves.

M. JOFFROY. — Les cas de mort survenue pendant la démorphinisation n'ont peut-être pas été tous publiés.

M. RAFFEGEAU. — J'ai constaté souvent l'utilité de ne pas faire connaître au malade et à son entourage les doses de morphine.

M. BOISSIER. — La guérison obtenue avec cette méthode est-elle plus solide et les rechutes moins fréquentes?

M. JOFFROY. — Cela dépend des malades. Les morphiniques peuvent être guéris pour toujours; les morphinomanes retombent souvent.

M. THIVET. — Cette méthode doit-elle être appliquée à tous les morphinomanes, quel que soit le degré de la maladie?

M. JOFFROY. — Dans mon service, je l'applique à tous les cas.

La séance est levée à 6 heures moins 25.

RENÉ SEMELAIGNE.

©BIUM

SEANCE DU 27 JANVIER 1902.

Présidence de MM. JOFFROY et MOTET.

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

MM. Bernard-Leroy, Doutrebente, Giraud, Parant, Marchand, Marie, Thivet et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. JOFFROY. — Mes chers Collègues, nous allons procéder à la transmission des pouvoirs ; mais, conformément à l'usage, votre président, avant de reprendre sa place au milieu de vous, rappellera, dans un court résumé, les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Dans ce but j'ai relu nos comptes rendus, et j'ai pu de la sorte mieux voir l'ensemble de vos travaux, mieux apprécier l'intérêt des communications qui ont été faites, et juger avec plus de certitude des ressources dont nous pourrions disposer pour agrandir l'influence de la Société médico-psychologique. Je vais vous en faire juges.

La paralysie générale a donné lieu à de nombreuses recherches. Sa pathogénie, si intéressante, et toujours en suspens, quoi qu'en pensent certains médecins, a été un peu laissée de côté ; mais en revanche son anatomie pathologique, ses symptômes et son diagnostic ont été l'objet de vos préoccupations.

M. Marchand a fait une étude très attentive des lésions névrogliques du cortex dans cette affection. Il a plus particulièrement insisté sur la constance de ces lésions, et bien montré qu'elles s'accentuent à mesure que la maladie progresse ; mais il a eu soin d'indiquer qu'il n'existe aucun parallélisme entre ces lésions et le degré de la démence. Et à l'appui de cette dernière assertion, M. Marchand rapporte dans son excellent travail une observation qui montre bien que des lésions névrogliques diffuses, accentuées, peuvent coïncider avec un affaiblissement intellectuel léger.

©BIUM

Un travail non moins intéressant nous a encore été présenté sur la paralysie générale par M. Truelle. L'auteur a fait une étude approfondie du délire des actes dans la paralysie générale, et est arrivé à cette conclusion que chez les paralytiques généraux l'activité pouvait présenter des troubles portant sur les trois catégories d'actes : automatiques, instinctifs, volontaires. D'ailleurs, la démence globale et progressive donne la note fondamentale à toutes les discordances de l'activité, comme elle le fait pour les troubles intellectuels proprement dits. A cette occasion, M. Marie a rapporté deux cas curieux d'automatisme psychologique chez des paralytiques généraux.

M. Trénel a communiqué l'observation fort curieuse d'une femme de quarante-huit ans atteinte de paralysie générale avec hallucinations psycho-motrices. Cette malade s'adonnait depuis de nombreuses années au spiritisme, aussi cette observation a-t-elle été l'occasion d'une discussion sur les rapports bien connus des hallucinations psycho-motrices et du spiritisme. MM. Briand, Séglas, Dupain, Ballet ont pris part à cette discussion.

M. Briand cita le cas d'un jeune homme qui, appartenant à une famille de spirites, s'était toujours moqué des croyances des siens, et qui, un jour, eut une hallucination psycho-motrice. Il se convertit alors brusquement au spiritisme, et se crut médium intuitif.

M. Séglas fit remarquer combien la ligne de démarcation est indécise entre certains phénomènes spirites et divers symptômes psychopathiques.

M. Ballet observait justement à ce moment un médium qui, sous l'influence d'hallucinations psychiques intenses, avait fait plusieurs tentatives de suicide. Notre collègue n'a pas trouvé de différence appréciable entre ce sujet et les médiums auditifs, qu'on hésite à considérer comme des malades.

D'autres communications sur la paralysie générale ont surtout mis en relief les difficultés du diagnostic de cette affection.

Ainsi, MM. Marchand et Vurpas ayant rapporté, sous le titre de : *Considérations sur la paralysie générale, à propos d'un cas de syphilis héréditaire chez une jeune*

©BIUM

fille, l'histoire d'une malade morte à vingt-cinq ans avec des signes de paralysie générale, MM. Briand et Toulouse firent des réserves sur le diagnostic. M. Briand fut ainsi amené à rapporter l'observation très intéressante d'une femme présentant tous les symptômes psychiques de la paralysie générale, et à l'autopsie de laquelle on trouva une multitude de kystes hydatiques du cerveau.

Je mentionnerai encore une communication de MM. Toulouse et Marchand relative à une jeune paralytique générale qui avait été prise pour une imbécile. Et à ce propos M. Vallon a fait remarquer qu'il s'agissait peut-être d'un cas de paralysie générale survenue chez une imbécile.

En somme la paralysie générale occupe le premier rang par le nombre et l'intérêt des communications ; mais les autres parties de la pathologie mentale n'ont cependant pas été négligées.

MM. Toulouse et Marchand ont communiqué un travail étendu sur le délire de grossesse. De leurs nombreuses observations ils concluent que les idées de grossesse constituent un syndrome qui mérite le nom de délire de grossesse, et qui se rencontre surtout dans la paralysie générale, où il coïncide avec un état expansif. Ce travail a soulevé une importante discussion.

M. Magnan d'abord, avec l'autorité qui lui appartient, a fait remarquer que les idées de grossesse étaient très fréquentes chez les aliénées, non seulement chez les paralytiques générales, mais encore chez les dégénérées et même chez des mélancoliques. Puis MM. Taguet, Christian, Briand, Arnaud, Dupain, Sérieux, Febvré ont pris successivement la parole sur le même sujet.

M. Sollier, à propos de deux cas cliniques, a fait une communication sur le rôle des impressions kinesthésiques dans la maladie du doute. Il s'agissait de deux malades dont l'une craignait de mettre des épingles dans les carafes, et l'autre de les porter à la bouche et de les avaler. Ces malades, au moment où survenait la crise d'obsession, ressentaient toutes deux une sorte de contraction dans le bras ; et M. Sollier voit dans cette sensation une « illusion kinesthésique des mouvements nécessaires à l'acte que l'on redoute, contredite par les

©BIUM

sens externes, avec obnubilation de la conscience permettant de ne pas tenir compte du contrôle de ces derniers », et tel est pour lui le mécanisme du doute dans ces cas de phobie. A ce propos M. Séglas, dont l'auteur avait avec raison rappelé les belles études sur l'obsession, a fait remarquer que les phénomènes psychiques qui figurent à la base de l'idée obsédante sont très variables.

Nous devons encore à M. Sollier une observation curieuse de perte de la vision spéculaire, phénomène nouveau dans nos annales, mais déjà décrit dans une nouvelle de Maupassant.

Je vous rappellerai aussi les deux cas observés par MM. Trénel et Crété, et dans lesquels il y avait coïncidence des hallucinations psychomotrices et d'une sialorrhée abondante. Rapprochant ces deux symptômes, les auteurs se sont demandé si on ne pourrait pas expliquer leur coïncidence par l'excitation simultanée de deux centres corticaux très voisins.

Il convient aussi d'attirer votre attention sur l'observation intéressante présentée par M. Doutrebente en collaboration avec M. Vernet. Il s'agit d'une femme qui, avec une hémiplégie gauche, présenta des lésions de décubitus aigu siégeant exclusivement à la région fessière droite. A l'autopsie, on ne trouva qu'un foyer hémorragique de la région opto-striée droite.

Sans MM. Legrain et Guiard, nous n'aurions pas à parler de l'alcool. L'observation qu'ils nous ont rapportée est intéressante; elle concerne un syphilitique qui, après s'être soigné, eut deux enfants bien portants. Plus tard, sous l'influence d'un début de paralysie générale, il se livra à des excès de boisson et, dans ces conditions, procréa un troisième enfant, qui mourut de syphilis héréditaire. Notre collègue pense que dans ce cas l'alcoolisme a réveillé la syphilis.

M. Vigouroux nous a lu plusieurs observations très curieuses. Ainsi, chez un dément mort de pneumonie, il a trouvé un petit kyste hydatique ostéo-fibreux du cerveau. Chez un autre malade atteint d'aphasie, il a rencontré un gliome cérébral. Enfin, M. Vigouroux nous a encore rapporté le cas d'un mélancolique mort de méningite tuberculeuse après quatre mois de séjour

©BIUM

dans l'asile, et il s'est demandé si, dans ce cas, l'on ne pourrait pas voir dans l'accès de mélancolie un prodrome de la méningite.

Les injections de sérum chez les aliénés constituent un sujet à l'ordre du jour. MM. Marie et Buvat les ont employées avec succès chez un grand nombre de malades. A l'occasion de cette communication M. Briand a rappelé sa pratique déjà ancienne.

Cherchant toujours à perfectionner le traitement de l'épilepsie, M. Toulouse pense qu'il est préférable de faire prendre le bromure par les épileptiques immédiatement après leur attaque.

Au point de vue médico-légal je trouve à signaler deux communications. L'une, faite par M. Christian au nom de M. Mabille, concerne un cas d'hystérie avec excitation par périodes, et au cours de l'une d'elles un crime fut commis.

La seconde communication, due à M. Vigouroux, est relative aux troubles mentaux des aphasiques sensoriels. Notre collègue signale les difficultés que présente l'appréciation de l'état intellectuel de ces malades.

Je ne croirais pas juste de me borner à vous parler des communications qui nous ont été faites, sans vous dire un mot des nombreux rapports qui nous ont été lus ; plusieurs sont des plus intéressants, mais, pour ne pas donner trop d'étendue à cet exposé, je n'en mentionnerai que deux. Je rappellerai d'abord le rapport de M. Legrain sur un travail de M. Pilcz dans lequel se trouvent analysés tous les cas connus de psychoses chez les myxœdémateux. M. Pilcz se demande si l'on peut parler de psychose myxœdémateuse, ou s'il y a dans ces cas simple coïncidence, et il lui paraît que les effets du traitement thyroïdien sont de nature à trancher cette intéressante question de pathogénie. En effet, la médication spécifique, en faisant disparaître les manifestations psychiques à l'égal des autres, est une preuve puissante en faveur de la nature myxœdémateuse de ces troubles psychiques. Notre collègue M. Rayneau a confirmé cette manière de voir en citant le cas d'un malade myxœdémateux dont les troubles mentaux ont disparu par le traitement thyroïdien.

Je rappellerai encore le rapport de M. Chaslin sur un

©BIUM

travail de M. Mœbius intitulé : « *Sur l'hérédité du talent poétique* ». M. Mœbius fait une place à part à la poésie au milieu des autres arts et il fait remarquer que, pendant que l'hérédité est presque toujours paternelle chez les mathématiciens, mécaniciens, musiciens, sculpteurs, etc., elle est au contraire maternelle chez les poètes, ce qui au dire de Mœbius sépare les poètes des artistes et les rapproche des intelligences supérieures.

Voilà le résumé de vos travaux pendant les séances que j'ai présidées, et si écourté, si incomplet qu'il soit, il me faut m'excuser de sa longueur. Vous avez là la preuve de l'activité persistante de notre Société dans laquelle je souhaiterais cependant de voir se faire plus de transformations, dans la conviction que m'a donnée une longue fréquentation des réunions savantes, que toute société doit pour vivre se transformer continuellement.

Messieurs, nous avons perdu dans le courant de l'année un de nos collègues les plus distingués et les plus sympathiques, le Dr Meuriot. Il fut élu membre de notre Société en 1877 et il la présida en 1898.

Meuriot était interne des hôpitaux et il me souvient de l'avoir rencontré à la salle de garde de Beaujon en 1867. Il appartenait à cette promotion de 1863 qu'on pourrait appeler la promotion des aliénistes, puisqu'elle nous a donné Magnan, Cotard, Meuriot, Albert Regnard et Bouchereau. Mais rien ne permettait alors de présager la future carrière du jeune étudiant. Très affable, aimé et estimé de ses camarades, guidé dans la voie scientifique par son maître Germain Sée, il terminait un travail important et justement apprécié sur la belladone, et l'on aurait pu se croire dans la vérité en imaginant que le jeune et laborieux interne ne tarderait pas à conquérir le titre de médecin des hopitaux. Une rencontre avec le Dr Blanche renversa toutes ces prévisions. En 1869, Meuriot devint médecin adjoint de la maison de santé de Passy, et à partir de ce moment sa vie fut tout entière consacrée à notre science et au traitement des aliénés.

Pendant toute sa carrière médicale Meuriot fut ce qu'il avait été pendant son internat. Par-dessus tout homme de bien et d'honneur, instruit et se tenant con-

©BIUM

stamment au courant de la science, il resta bienveillant envers tous, charitable à l'égard de toutes les infortunes et toujours avec la plus parfaite discrétion. C'est à l'ensemble de ces qualités qu'il dut de présider l'Association mutuelle des médecins aliénistes, dont il fut l'âme pendant ces deux dernières années.

La mort si rapide de notre cher collègue n'a pas seulement apporté la désolation au foyer dont il était la vie et la joie, elle nous a tous profondément attristés et ce n'est pas sans une pénible émotion que j'évoque ce souvenir. Aussi reportons-nous sur le fils l'attachement que nous avions pour le père, d'autant plus volontiers que c'est par le travail qu'il entend se rendre digne de continuer l'œuvre paternelle.

Puissent nos sympathies apporter quelque consolation à la famille ! puissent les succès du fils adoucir la douleur de la mère !

La place devenue vacante par la mort de notre regretté collègue n'a pas été remplie, et vous voudrez bien me permettre de vous dire, à ce propos, combien je regrette que, dans notre Société, les élections de membres titulaires soient aussi rares, et je me demande si nous ne pourrions pas, à l'exemple de ce qui se passe habituellement dans l'une des Sociétés les plus actives, la Société de biologie, changer au bout de dix ans notre titre de membre titulaire contre celui tout aussi estimable de membre honoraire et faciliter ainsi aux jeunes travailleurs l'accès de la Société médico-psychologique. Je suis tout disposé, du reste, le jour où cette proposition vous agréerait, à demander le premier mon passage à l'honorariat, sans renoncer pour cela en aucune manière à la participation constante de vos travaux.

L'estime générale dont jouit notre Société se traduit toujours par de nombreuses demandes qui nous viennent de la province et de l'étranger, en vue d'obtenir le titre de membre correspondant. Cette année, nous avons ainsi eu la grande satisfaction de nommer au titre de membre correspondant national : MM. Dide, médecin adjoint à l'Asile de Rennes ; Taty, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon ; Marchand et Wahl, médecins adjoints des Asiles de la région de Paris ; Truelle, médecin adjoint à

©BIUM

Dun-sur-Auron, et Raphaël Lalanne, médecin adjoint à l'Asile de Maréville ; et au titre de membre correspondant étranger : MM. Masoin, médecin de la colonie de Gheel ; Mœbius, le savant médecin de Leipzig ; Sutherland, commissaire en aliénation mentale pour l'Ecosse ; d'Olah, médecin en chef de l'Asile d'Angyaföld, à Pesth ; Ferrari, rédacteur en chef de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, et Marro, médecin du Manicome royal de Turin.

Nous sommes également heureux de féliciter aujourd'hui MM. Samuel Garnier et Raphaël Lalanne, auxquels la Société médico-psychologique a attribué le prix Semelaigne.

Nous félicitons également nos collègues Raoul Leroy, Paul Garnier et G. Dumas, lauréats de l'Académie de médecine.

Et enfin, pour le dernier acte, pour la dernière parole de ma présidence, laissez-moi la douce satisfaction de féliciter mon ami Magnan, au nom de la Société médico-psychologique tout entière, de la distinction dont il vient d'être l'objet ; sa valeur personnelle, la haute situation scientifique qu'il a su légitimement conquérir, et les services que depuis plus de trente ans il rend chaque jour à l'administration, non seulement justifient son élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur, mais provoqueraient plutôt notre étonnement que cette faveur méritée depuis si longtemps ne lui ait été accordée qu'aujourd'hui. Et dans le même sentiment, je témoignerai le regret de n'avoir à féliciter en ce jour que notre collègue Magnan. Votre mérite, et le dévouement aux malades et à la science dont vous faites preuve sans répit, tardent parfois trop, à mon gré, à recevoir cette récompense. Heureusement, il en est une autre qui ne vous manque pas, c'est l'estime de tous ceux qui vous voient à l'œuvre et qui sont à même d'apprécier la manière si simple dont vous accomplissez un devoir toujours pénible, mais non toujours sans danger.

Je me reconnais le droit de dire ces choses puisque j'ai passé de beaucoup la plus longue partie de mon existence hors des Asiles, et qu'en vous apportant mon tribut d'admiration je ne fais que traduire le sentiment

©BIUM

qui s'est développé en moi dans ces dernières années, à mesure que j'apprenais à vous connaître en vous voyant à l'œuvre. C'est pourquoi je suis fier d'être devenu votre collègue, et je vous suis reconnaissant de m'avoir fait votre président.

Je prie notre cher et vénéré collègue, M. Motet, de prendre ma place, et je me félicite de l'heureuse inspiration qu'a eue la Société medico-psychologique en le choisissant pour présider les fêtes de son cinquantenaire.

Je prie également mon collègue et ami Ballet, le nouveau vice-président, de prendre place au bureau.

M. MOTET. — Mes chers Collègues, vous m'appelez pour la seconde fois à la présidence de la Société médico-psychologique ; je vous remercie de l'honneur que vous voulez bien me faire, et j'essaierai de répondre de mon mieux à ce nouveau témoignage de vos sympathies.

Vous me permettrez d'adresser à M. le professeur Joffroy l'hommage auquel il a droit. En le choisissant, vous saviez que vous preniez pour lui donner la première place au milieu de vous un homme qui doit à son travail, à l'honorabilité parfaite de sa vie, à sa droiture, la haute situation à laquelle il est arrivé. Si facile que vous rendiez par votre courtoisie la tâche de vos présidents, il n'en est pas moins juste de rappeler les qualités de celui auquel je vais avoir l'honneur de succéder. Vous l'avez trouvé toujours attentif, toujours préoccupé de soutenir vos discussions, y apportant son intervention utile, laissant à chacun le droit de manifester librement son opinion, n'oubliant jamais de faire à tous la part égale dans sa bienveillante et juste impartialité. Il restera pour moi, Messieurs, le modèle qu'on aime à imiter ; on ne saurait faire mieux que lui, ce sera beaucoup encore de garder la tradition qu'il me laisse. Je le remercie, Messieurs, en votre nom comme au mien, et je suis sûr d'être l'interprète fidèle de vos sentiments.

Vous ne serez pas surpris, Messieurs, si je vous dis toute ma joie de voir à côté de moi M. Gilbert Ballet prendre la vice-présidence. Nous lui avons, peut-être, imposé une assez lourde charge, mais il est de ceux qui savent suffire à tous les devoirs, les remplir dignement quand ils les ont librement acceptés. Si j'en devais

©BIUM

chercher le témoignage, je n'aurais qu'à rappeler la distinction avec laquelle M. Gilbert Ballet a présidé le Congrès des médecins aliénistes à Limoges. Le grand et si légitime succès qu'a obtenu cette réunion est dû pour la plus grande part à son activité féconde, et pour l'autre part à ces qualités aimables qui se sont affirmées chaque jour, et d'une manière qui les rendait inoubliables, dans la fête à laquelle il a voulu vous convier, où il vous a donné le meilleur de lui-même, avec une cordialité touchante. Je ne dirai rien du passé scientifique de M. Gilbert Ballet ; vous le connaissez aussi bien que moi, et d'ailleurs peut-on placer au passé une série de travaux qui se succèdent et s'enchaînent, appartenant au présent, préparant les œuvres d'un avenir tout plein des plus riches promesses?

Je salue aussi, Messieurs, l'homme, le savant modeste, le dévoué secrétaire général de notre compagnie, mon excellent ami, le Dr Ritti. Il tient entre ses mains habiles une administration plus complexe qu'elle ne le paraît au premier abord. Avec un dévouement qui ne s'est jamais lassé, il a contribué à maintenir au premier rang vos *Annales* si justement estimées en France et à l'Étranger. Elles sont dignes de vous ; permettez-moi de dire qu'elles sont aussi dignes de lui.

Et maintenant, Messieurs, saluons l'avenir ; cette année amène pour nous la date du cinquantenaire de la fondation de notre Société. Nous avons le droit d'être fiers d'avoir continué l'œuvre de nos devanciers. Nous vous dirons quels hommes ils étaient, quels travaux ils ont accomplis ; nous trouverons dans la pieuse évocation de ces souvenirs un encouragement, une force, qui aideront nous et ceux qui viendront après nous à continuer l'œuvre dont ils nous ont légué la tradition féconde.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Marie, posant sa candidature à la place de membre titulaire déclarée vacante. — Cette lettre de candidature, ainsi que celles déposées à la dernière séance, sont renvoyées à une Commission com-

©BIUM

posée de MM. Ballet, Blin, Briand, Brunet et Garnier ;

2° Une lettre de M. Lalanne, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Marro, remerciant de l'avoir élu membre associé étranger.

4° Une lettre du président et du secrétaire général du Congrès international de médecine de Madrid, invitant la Société médico-psychologique à prendre part officiellement à ce Congrès en nommant des délégués. — Sont nommés comme délégués au XIVe Congrès international de médecine : MM. Ballet, Briand, Doutrebente, Dupré, Garnier (Paul), Joffroy, Sollier, Thivet et Vallon.

La correspondance imprimée comprend :

1° Journal *la Tempérance*, n° 1.

2° Les *Annales de la Société belge de neurologie*, nos 4 et 5.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1902 et nomination de la commission du prix Aubanel.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, j'ai le regret de vous informer que sur les trois prix que nous avons à décerner en 1902, il en est deux qui n'ont pas de concurrents : le prix Belhomme et le prix Esquirol.

Quant au prix Aubanel, qui a pour sujet : *Valeur séméiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales, appuyée sur des observations personnelles*, quatre mémoires ont été envoyés : le premier a pour auteur M. Marchand, médecin adjoint des asiles d'aliénés ; le second, M. Bernard-Leroy, médecin à Paris ; le troisième, M. Castin, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse) ; le quatrième, M. Cololian, médecin à Paris.

La commission du prix Aubanel est composée de MM. Arnaud, Garnier, Joffroy, Séglas et J. Voisin.

Rapports de candidature.

M. BOISSIER. — Messieurs, quand vous avez nommé une commission composée de MM. Falret, Ritti et Bois-

©BIUM

sier, pour examiner la candidature de M. le Dr Pons, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, au titre de membre correspondant, j'ai été étonné, comme beaucoup d'entre vous sans doute, d'apprendre que cet éminent aliéniste ne fût pas, et depuis longtemps, l'un des nôtres.

Une collaboration de vingt-cinq ans aux *Annales Médico-Psychologiques* et d'importantes communications à divers congrès nous ont rendu son nom assez familier et sa personnalité assez sympathique, pour que je n'aie pas à étendre beaucoup ce rapport.

En dehors de la situation importante occupée par notre confrère dans les asiles d'aliénés, M. Pons n'a pas cessé de publier, depuis l'année 1868 où parut sa thèse sur la *pachyméningite*. Pathologie, clinique, physiologie des maladies mentales ; assistance, législation et patronage des aliénés ; maladies intercurrentes, statistique, il n'est aucune matière de la psychiatrie que pendant ces trente années de labeur M. Pons n'ait abordée, sans compter une foule de travaux de critique diserte dont les *Annales* ont été par lui enrichies. Un des derniers mémoires, qui ne vous a pas échappé, est celui paru en 1900 sur le *Secret médical dans les asiles d'aliénés*. Si je cite spécialement cet ouvrage parmi tant d'autres, c'est qu'il résume précisément toutes les qualités de notre collègue.

Cette question si ardue, qui hérisse la carrière de l'aliéniste de mille difficultés imprévues, y est traitée sous tous ses aspects et dans tous les détours que les circonstances lui peuvent infliger. Nulle part le secret médical ne cache autant de pièges que dans le fonctionnement normal d'un asile, où non content de garder ce secret, le médecin doit encore en empêcher la diffusion par le malade lui-même, et où les correspondances privées et les demandes de certificats font naître chaque jour des embarras souvent très compliqués à résoudre, surtout quand on ne s'est pas fait une règle de conduite inébranlable et applicable à tous les cas. Les conseils donnés par M. Pons sont précieux, ils rendront un service véritable à beaucoup de ses collègues et aux malades en même temps ; son travail est empreint d'une grande élévation morale, et rehausse le rôle si difficile du méde-

©BIUM

cin d'asile « protecteur d'une foule » ; l'expérience donce travail est le fruit n'est pas seulement le résultat d'une longue suite d'années et de circonstances, mais à ces deux facteurs s'ajoute l'élaboration d'un esprit droit et perspicace et d'une profonde et fine érudition.

L'élection de M. le Dr Pons s'impose donc d'elle-même et n'arrive que trop tard.

M. Pons est élu membre correspondant par 19 voix sur 21 votants.

M. Febvré. — Messieurs, dans votre dernière réunion, vous avez nommé une commission chargée d'examiner les titres scientifiques de M. le Dr Colombani qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. MM. les Drs Briand et Sérieux ont bien voulu me confier le soin de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Colombani. Lauréat de l'Ecole de médecine de Marseille, ex-interne des asiles de la Seine, actuellement attaché au service de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police, M. Colombani a choisi pour titre de sa thèse : Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires chez l'homme. Sous l'empire des idées professées par son éminent maître, M. le Dr Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine, il s'est efforcé avant tout de rechercher, chez les malades qu'il a observés, les moindres lésions physiques susceptibles d'engendrer des obsessions, des préoccupations hypocondriaques, des états plus ou moins accusés de dépression morale et physique. Il paraît avoir poursuivi surtout un but essentiellement humanitaire : la suppression de la douleur physique chez des malheureux déjà suffisamment torturés par des souffrances morales ; il a cherché à démontrer, avec une insistance qu'on ne saurait trop louer, la nécessité et l'importance de l'examen physique des aliénés ; il est arrivé à prouver que dans des cas bien déterminés les troubles intellectuels étaient tributaires de lésions fonctionnelles ou organiques et disparaissaient avec ces dernières. Ces pensées, qui dominent dans son travail, peuvent se résumer dans cette phrase : « Toujours bienfaisante, la thérapeutique chirurgicale s'est affirmée souvent curative dans l'aliénation mentale. »

©BIUM

Les obsessions hypocondriaques nées des souffrances dans la sphère génito-urinaire sont loin, selon l'auteur, d'avoir la même importance chez l'homme que chez la femme, en raison du sentiment de génitalité si puissant chez l'homme par suite de la solidarité de l'appareil génital et de l'appareil urinaire. Les moindres altérations dans les organes ou dans les fonctions peuvent engendrer la mélancolie, le morne désespoir, les idées de suicide.

Partant de ce fait de constatation journalière que les maladies de vessie, d'une chronicité parfois désespérante, ont des répercussions significatives dans les régions centrales, il a étudié l'élément douleur, les modifications du caractère, l'état mental, surtout des héréditaires, au cours des affections génito-urinaires. Tour à tour il a passé en revue, au point de vue du retentissement sur le cerveau, la cystite, l'irritabilité vésicale, le spasme vésical accompagné de cystalgie, ou de lésions extra-vésicales, les troubles de la composition urinaire, les troubles vésicaux chez les glycosuriques, l'incontinence d'urine nocturne, l'uréthralgie, les vices de conformation, la prostatite chronique et la prostatorrhée, les balanites ou balano-posthites, les ulcérations herpétiques ou spécifiques, l'hyperexcitabilité génitale, la brièveté du frein de la verge, la spermatorrhée, le testicule irritable chez les neurasthéniques.

Dans un chapitre spécial il a étudié et analysé les troubles psychiques liés à la blennorrhagie. Ricord a pu dire : si jamais je deviens nosologiste, je classerai la blennorrhagie parmi les maladies mentales.

Les observations relatées par M. Colombani tendent à prouver cette autre phrase de M. le Dr Albarran : « Dans les névroses urinaires, rares sont les cas où l'appareil urinaire est intact. » Cullerre et Venturi ont d'ailleurs décrit une folie blennorrhagique. Plus loin M. Colombani consacre tout un chapitre à l'étude des troubles psychiques liés au varicocèle parfois si grave dans ses conséquences, puisqu'il peut se compliquer d'une impuissance précoce et d'une atrophie testiculaire ; puisqu'il peut, même chez des sujets qui ignorent leur varicocèle, créer un état dépressif inquiétant. Il cite

©BIUM

un cas de prothèse testiculaire suivi bientôt d'une grande amélioration de l'état mental.

Enfin une discussion scientifique très approfondie permet à M. Colombani, grâce à une observation très attentive des antécédents, des caractères et des lésions présentées par les malades, de fournir des indications sur le traitement à employer. Le traitement peut être moral, médical ou chirurgical.

Dans la *Revue d'Orthopédie* du 1er mai 1900, M. le Dr Colombani a fait paraître, en collaboration avec M. le chirurgien Picqué, un mémoire intitulé : Etude sur le thorax en entonnoir (type Ebstein).

Les auteurs établissent d'abord, à l'aide de considérations anatomiques multiples, que le thorax en entonnoir est une déformation sternale et non thoracique, et que les anomalies observées dans la paroi thoracique antérieure sont secondaires ; ces dernières s'accompagnent toujours d'un abaissement du diaphragme et d'une propulsion des viscères abdominaux en bas et en avant ; le sommet de l'infundibulum de l'entonnoir répond à l'union de l'appendice xiphoïde avec le sternum (fossette sus-xiphoïdienne).

Dans l'observation qui est rapportée, le diamètre sterno-vertébral était réduit à 0,065 millimètres alors que ce diamètre à l'état normal doit être de 11 à 12 centimètres (Sappey).

De nombreuses observations tirées des auteurs qui se sont occupés de la question sont commentées dans un chapitre spécial ; les conséquences de la lésion au point de vue des troubles fonctionnels qui peuvent en résulter sont l'objet de considérations scientifiques particulières. L'examen radiographique a permis de constater une fois de plus, dans l'observation citée par les auteurs, une déviation marquée du cœur sur la gauche, déviation avec une impossibilité de déplacement du cœur en cas d'épanchement pleural gauche. Le diagnostic différentiel avec le thorax en gouttière étudié par MM. les Drs Féré, Schmidt et Marie, ainsi qu'avec certaines altérations du thorax dues à des habitudes professionnelles, a été discuté longuement dans ce mémoire, par MM. Colombani et Picqué. Enfin la pathogénie de la lésion est étudiée par les auteurs, qui tendent

©BIUM

à admettre comme cause de la déformation observée un trouble de nutrition et de développement de l'os, un ralentissement de l'ossification du méso-sternum.

Comme MM. Sérieux et Ramadier, MM. Colombani et Picqué estiment qu'il s'agit d'une anomalie du développement en rapport avec l'hérédité morbide, d'un stigmate physique de dégénérescence.

Le thorax en entonnoir a été surtout rencontré chez des dégénérés, des débiles, des imbéciles, des idiots, des épileptiques.

M. Colombani a traduit de l'italien un mémoire relaté dans la *Revue de psychiatrie* de 1901, intitulé : Influence du sang des maniaques et des lypémaniaques sur le développement de l'embryon. Phénomènes tératologiques spéciaux. Ce mémoire est de M. le Dr Carlo Ceni qui a voulu apporter une nouvelle et très intéressante contribution à la théorie toxique des maladies mentales en pratiquant, suivant la méthode de M. le Dr Féré, des injections intra-albumineuses.

Enfin on peut lire dans la *Revue de psychiatrie* d'août 1901 un article très bien écrit de M. Colombani sur J.-J. Rousseau considéré comms psychopathe urinaire. On ne peut citer un exemple plus frappant pour prouver l'influence du physique sur le moral. Les fluctuations du caractère en rapport avec des souffrances de l'organisme apparaissent nettement ; l'éclosion des obsessions et des préoccupations hypocondriaques semble se produire fatalement en présence d'une affection chronique à recrudescences désespérantes. Dès son plus jeune âge, J.-J. Rousseau a souffert d'une irritabilité vésicale héréditaire ; il a été tourmenté dès sa plus tendre enfance par une pollakiurie rebelle à tout traitement ; plus tard, son tempérament essentiellement émotif est venu singulièrement aggraver la situation ; son caractère, aigri par la douleur, a présenté alors des étrangetés morbides ; de longues périodes de son existence se sont écoulées dans la retraite, l'isolement, la misanthropie, le découragement, le désir de la mort.

Messieurs, vous penserez sans doute comme votre commission que M. le Dr Colombani, qui a déjà élaboré d'importants travaux sur les maladies mentales, ne manquera pas à l'avenir de nous faire part de ses nou-

©BIUM

velles observations dans le domaine de la psychiatrie, et, nous espérons que, sur notre proposition, vous voudrez bien lui accorder le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Colombani est élu membre correspondant par 20 voix sur 22 votants.

Sur les causes et la prophylaxie de la folie. — Rapport sur un travail de M. le professeur Funaioli, de Sienne.

M. Arnaud. — Messieurs, M. le professeur Funaioli, dont tous vous connaissez les travaux, et qui est membre associé étranger de la Société médico-psychologique, a bien voulu nous envoyer un ouvrage considérable « sur les causes et la prophylaxie de la folie ».

Cet ouvrage, dont j'ai l'honneur de vous présenter un aperçu, compte près de 300 pages ; les observations de l'auteur portent sur plus de 8.000 malades suivis par lui, et elles s'échelonnent sur une période de 22 années ; de nombreux tableaux synoptiques résument avec clarté les faits principaux contenus dans le volume. Il s'agit donc, je le répète, d'un travail important. Je ne puis l'analyser ici en détail, ces questions, dans lesquelles les chiffres occupent une grande place, ne se prêtant guère à l'analyse ; je me bornerai à vous en indiquer les points essentiels.

Le travail de M. Funaioli est tout naturellement divisé en deux parties : les *causes de la folie*, sa *prophylaxie*.

Une étude préliminaire est consacrée à l'examen de deux questions importantes : la fréquence relative de la folie au XIX^e^ siècle, et les rapports de l'hérédité biologique avec la dégénérescence mentale.

En ce qui concerne la fréquence de l'aliénation mentale, les statistiques personnelles de M. Funaioli concordent avec celles de Lunier en France, de Verga en Italie, de plusieurs auteurs anglais, etc., et elles le conduisent à cette opinion, généralement acceptée, que l'aliénation mentale en général atteint un nombre toujours croissant de sujets ; l'alcoolisme et la paralysie

©BIUM

générale sont parmi les formes qui contribuent le plus à l'augmentation de l'effectif des aliénés.

L'hérédité biologique est le facteur principal de la dégénérescence ; mais il n'est pas le seul : la dégénérescence peut être acquise, tout le monde le reconnaît avec Morel. Le domaine de la dégénérescence est donc plus étendu que celui de l'hérédité. Mais M. Funaioli pense, et c'est une opinion aujourd'hui commune, que l'on a trop abusé de la notion de dégénérescence, qu'on l'a étendue jusqu'à la confondre avec celle de prédisposition, tandis qu'il faudrait la restreindre aux seuls cas dans lesquels la prédisposition se manifeste de bonne heure par des signes apparents, psychiques ou somatiques.

Passant aux *causes* de la folie, l'auteur adopte la division habituelle en causes *prédisposantes* et en causes *déterminantes*.

Les causes prédisposantes sont *générales* ou *individuelles*. Les premières comprennent la *civilisation*, la *religion* et les *événements politiques*. Peut-être M. Funaioli attache-t-il trop d'importance, dans certains faits particuliers, à ces causes très générales, dont l'action ne peut être que très lointaine, et s'exerce beaucoup plus sur la forme du délire que sur la genèse de la maladie.

Dans ce chapitre, un détail nous a frappé ; c'est le chiffre des illettrés complets (*analfabeti*) existant dans les quatres provinces dont les aliénés sont recueillis à l'asile de Sienne : sur une population totale de 725.000 habitants, on compte 484.000 illettrés complets, plus des deux tiers ! La proportion est énorme.

Les causes prédisposantes individuelles comprennent l'*hérédité*, le *sexe*, l'*âge*, l'*état civil*, les *professions* et l'*éducation*.

L'hérédité, dans ses différents modes, est *la cause des causes*, et, bien souvent, pour comprendre l'influence des causes apparentes, on est obligé de supposer l'existence de l'hérédité morbide.

La proportion des cas de folie suivant le sexe varie avec les pays et les statistiques particulières. Beaucoup d'auteurs admettent que l'homme est plus atteint que la femme, et cela principalement du fait de l'alcoolisme et de la paralysie générale. M. Funaioli observe avec raison que l'incontestable supériorité de l'homme en

©BIUM

matière d'alcoolisme et de paralysie générale, lui est sérieusement disputée, depuis quelque temps, par le sexe faible, et que la disproportion — faut-il dire au détriment ou en faveur de ce dernier ? — tend à s'atténuer beaucoup. Il conclut de ses chiffres, et en établissant la comparaison avec la population saine de l'Italie, que la proportion d'hommes et de femmes aliénés est à peu près égale dans ce pays.

La fréquence quant à l'âge, toujours par comparaison avec la population saine, atteint son maximum de soixante à quatre-vingts ans ; le minimum est de dix à trente. Les chiffres de M. Funaioli sur ce point corroborent ceux qu'ont obtenus de leur côté Lolli et Capellett. Mais M. Funaioli remarque justement que ce chiffre maximum est faussé par suite de l'admission dans les asiles d'aliénés d'Italie de vieillards simplement affaiblis, que l'on ne peut recueillir ailleurs, mais qui ne sont nullement des aliénés ; et l'auteur proteste vivement contre ce déplorable état de choses. Vous savez tous, Messieurs, que cet abus n'existe pas seulement en Italie, et il n'est guère de médecin des asiles de la Seine qui n'ait eu souvent l'occasion d'élever à ce sujet une protestation indignée autant qu'inefficace!

Avec l'étude des *causes déterminantes*, nous abordons la partie clinique du travail de M. Funaioli.

Ces causes déterminantes sont groupées en *physiques*, *morales* et *mixtes*.

Parmi les causes physiques, l'auteur insiste principalement sur le *traumatisme cranien*, l'*involution cérébrale*, l'*épilepsie*, les *états puerpéraux*, les *infections fébriles*, la *syphilis*, l'*alcoolisme*, la *pellagre*, etc. A propos de la syphilis, M. Funaioli est bien loin d'admettre son influence prépondérante sur le développement de la paralysie générale, puisque, sur un total de 290 paralytiques généraux, il ne l'a relevée que treize fois (à peine 4 p. 100) comme cause unique de la maladie ; à titre de cause associée, il l'a rencontrée dans 16 p. 100 des cas.

Les causes morales sont représentées par les *chagrins*, les *émotions vives* et les *dissensions domestiques*.

Les causes mixtes comprennent les *perturbations économiques*, l'*abus de la vie*, l'*onanisme* et la *misère*.

La liste de ces causes déterminantes ou occasionnelles

©BIUM

peut, on le conçoit, être indéfiniment étendue, de même que leur classement pourrait être modifié de façon à grossir notablement la catégorie des causes *mixtes*. Mais cela n'a pas grand intérêt, la plupart de ces prétendues causes n'étant réellement que des occasions, ou même, si l'on peut dire, de simples prétextes pour la manifestation d'un état morbide en préparation, ou en voie de développement.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la *prophylaxie de la folie*. C'est là un sujet dont la portée déborde la sphère médicale, et qui s'impose avec une égale force au sociologue et à l'homme d'État soucieux de l'avenir de la race. Il y aurait un remède efficace, et il n'y en a qu'un, pour arrêter d'abord l'extension de la folie, pour amener ensuite la disparition graduelle des aliénés : l'hérédité étant la cause des causes de la folie, il suffirait, pour la faire disparaître, d'empêcher les aliénés de se reproduire. Mais il faut tenir compte des... préjugés qui s'opposent à une réforme aussi radicale. Il faut tenir compte aussi des difficultés à peu près insurmontables que rencontreraient des essais d'application. Et, pour le moment, nous devons nous contenter de remèdes moins héroïques mais plus acceptables. Dans le nombre des mesures capables d'enrayer les progrès de l'aliénation mentale, M. Funaioli examine celles qui *concernent les parents*, celles qui *sont individuelles*, et enfin celles qui *relèvent de l'organisation sociale*.

Les deux premières catégories, qui constituent la *prophylaxie familiale*, donnent lieu à de judicieuses indications sur le choix du conjoint, les conditions que doivent remplir les parents au moment de la conception, les soins à donner pendant la grossesse, l'enfance, la jeunesse, etc.

Dans la *prophylaxie sociale* rentrent la question du mariage des prédisposés, les mesures propres à combattre les maladies infectieuses, la syphilis, la tuberculose, à enrayer le développement de l'alcoolisme, à réduire le paupérisme, etc.

Tout ce chapitre, d'ailleurs intéressant, est un résumé des notions courantes ; l'analyser serait lui enlever tout son attrait. Je dirai seulement que l'application de ces principes, réclamée partout, serait de nature à rendre de réels services dans tous les pays.

©BIUM

Tel est l'ouvrage dont je n'ai pu vous donner qu'une idée bien imparfaite. Il se recommande par la justesse des points de vue, par une information étendue, par le nombre des documents originaux. Cet ensemble fait grand honneur à M. Funaioli, et je suis sûr d'interpréter le sentiment de la Société, en le remerciant d'avoir bien voulu nous envoyer son travail, qui ajoute un lien de plus à ceux qui déjà l'unissaient à nous.

De la législation sur les aliénés au Brésil. — Rapport sur un travail de M. Nina-Rodrigues.

M. Dupain. — Messieurs, le Dr Nina-Rodrigues, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia, et membre correspondant étranger, vient de faire hommage à votre Société d'un de ses ouvrages, intitulé : « O Alienado no Direito civil brasileiro » (L'Aliéné dans le Droit civil brésilien). — Il s'agit d'une contribution à l'étude médico-légale de la folie à propos du remaniement du Code civil brésilien. Il paraît que la Chambre des députés du Brésil avait sollicité de divers tribunaux ou sociétés juridiques des documents sur ce sujet, et le travail de l'auteur renferme, en substance, les leçons qu'il a consacrées à l'examen du projet du Dr Clovis Bevilaqua sur cette question de revision du Code civil brésilien, au point de vue médico-légal.

Dans l'Introduction, le Dr Nina-Rodrigues explique la raison d'être de son ouvrage : « Médecin légiste et professeur de médecine légale, sachant par l'expérience de la pratique de la médecine judiciaire ce que réclame la législation en vigueur, c'était un devoir professionnel que de connaître des manquements ou des pratiques des institutions juridiques brésiliennes dans leurs rapports avec la médecine légale. En publiant sous forme de mémoire l'examen critique auquel j'ai soumis, dans le cours de mes leçons, la doctrine médico-légale du Projet de Code civil brésilien, élaboré par le Dr Clovis Bevilaqua et revu par une commision spéciale de jurisconsultes, j'eus naturellement à cœur de remplir le devoir, imposé à ceux qui étudient la médecine légale, de contribuer, dans une certaine mesure, et sans sortir de ma sphère, à l'amélioration de la législation de mon pays ».

©BIUM

Le Dr Nina-Rodrigues explique qu'il a consulté un grand nombre d'auteurs en la matière; il parle, avec éloges, de la « sage loi française de 1838 sur les aliénés, qui, aujourd'hui encore, provoque l'admiration par l'ampleur donnée à la discussion parlementaire, et par l'élévation de vues dont firent preuve les hommes qui y prirent part. Certainement l'historien dira un jour des auteurs du Projet brésilien, qu'ils surent maintenir cette hauteur de vues dans les débats de la loi-mère de leur patrie, en incorporant à leur Code des idées de justice, épurées encore par la controverse ». Le travail de notre confrère fut plus long que ne l'aurait comporté le simple examen du projet Bevilaqua. Car à propos de ce projet, dit-il, il fit l'examen de l'état de la question non seulement dans la législation brésilienne en vigueur, mais encore dans les Projets de Code civil qui, au Brésil, précédèrent celui du Dr Bevilaqua. Si bien qu'il fut amené à cette constatation qu'il n'existait pas encore, dans le Code civil brésilien, une étude de psychiatrie judiciaire, ni de travail d'ensemble de médecin légiste ou d'écrivain de son pays, se rapportant à ce sujet. Les seuls travaux qu'on possède ne sont plus au courant. — « Dans l'Exposé des motifs des deux derniers Projets, tant celui du Dr Coelho-Rodrigues que celui du Dr Clovis Bevilaqua, ce sujet est presque entièrement omis. Les commentaires du Projet Felicio dos Santos et les annotations de l'Esquisse de Teixeira de Freitas sont incomplets ou de doctrine médicale condamnée. On pourra donc recourir à cette modeste contribution pour des études de plus longue haleine. »

Cette introduction précède l'ouvrage proprement dit, divisé en quatre chapitres. Le premier est consacré à ce que l'auteur appelle « les états de maladie mentale ». Le deuxième traite de l'incapacité civile dans ces états de maladie mentale. Dans les deux derniers il est question de l'interdiction et de la protection des aliénés.

Dans le premier chapitre, l'auteur commence par donner la définition et l'énumération légales des états de maladie de l'esprit qui excluent ou restreignent la capacité civile : la maladie permanente ou chronique, et la maladie transitoire. « En ce qui concerne la folie, dit-il, les codes doivent sans doute, aujourd'hui comme avant,

©BIUM

adopter une définition générale qui s'applique à tous les cas d'aliénation mentale, mais de préférence essayer de spécifier dans la loi des formes cliniques du trouble intellectuel, en évitant de se perdre dans le dédale des classifications psychiatriques où les plus familiers sont loin de trouver l'accord et l'unité de vues. » Il sera même difficile de rencontrer une expression capable de convenir comme rubrique générale à tous les cas de maladie. — « Ces cas sont, en fait, ou de véritables affections mentales ou cérébrales comme la folie, l'aphasie, ou des infirmités intellectuelles comme l'imbécillité, l'idiotie, la surdi-mutité, ou de simples anomalies psychiques comme les états somnambulique ou hystérique, les passions, l'ivresse, etc., ou même des conditions psychique spéciales, comme l'involution sénile. Comme on le voit, ce sont des états bien distincts les uns des autres, et qui ne gardent pas entre eux d'affinités telles qu'elles permettent de les grouper sous une rubrique unique. L'insuffisance intellectuelle pour l'exercice des droits civils est en effet une conséquence de causes multiples qui ne peuvent entrer dans une famille naturelle, ou en constituer une. » Pour résoudre la difficulté pratique, deux opinions sont en présence : la première, c'est de renoncer aux tentatives de mentionner dans la loi tous les cas, en laissant aux tribunaux la charge de déterminer, dans l'examen concret et individuel de chaque cas, le motif qui a produit l'effet que le Code se borne à prévoir ; la seconde, de mentionner dans les codes la spécification casuistique des groupes de maladies de l'esprit, en réservant pour la définition de quelques-unes d'elles les désignations générales, ou qui leur sont propres, la loi devant donner aux termes psychiques une définition juridique pour éviter les controverses sur l'acceptation d'un terme technique qui peut varier de signification suivant qu'il est employé au sens vulgaire, médical, ou judiciaire. L'auteur continue ainsi, et passe en revue les diverses psychoses : l'aphasie, la surdi-mutité, l'ivresse habituelle, la prodigalité, la manie du jeu, l'affaiblissement intellectuel sénile, et fait l'examen critique des termes ou définitions proposés dans les différents projets de Code civil brésilien. Il traite ensuite de l'incapacité civile dans les affections mentales chroniques, et dans

©BIUM

les états transitoires de l'inconscience morbide. Il fait part de ses recherches sur la suggestion criminelle. Il consacre enfin plusieurs paragraphes à l'intéressante question des intervalles lucides, et à la validité des testaments des aliénés.

Les chapitres de l'interdiction et de la protection légale des aliénés sont également très intéressants. C'est une sorte de résumé, de mise au point de ces questions d'administration ou de mesures conservatoires des biens des aliénés interdits ou non interdits, de curateur provisoire, de conseil de famille, de tutelle, etc. L'auteur discute les articles du Projet de Code brésilien, citant les articles similaires des codes des autres nations, donnant son opinion de juriste et de médecin. Mais il faudrait lire la traduction intégrale de ces chapitres.

Il semble bien, en prenant connaissance du livre du Dr Nina-Rodrigues, que le pays de l'auteur éprouve, au temps présent, le besoin de modifier sa législation sur le régime des aliénés, comme autrefois notre propre pays, au temps de Pinel.

Il n'existe pas, au Brésil, paraît-il, d'assistance médico-légale des établissements d'aliénés. « L'Hospice national des aliénés de Rio-de-Janeiro, l'asile d'aliénés de Saint-Paul, l'hospice de Recife (Pernambouc), quelle que soit leur excellence, sont des exceptions. Ils valent ce que valent leurs directeurs. » Et l'auteur ajoute : « Je ne crois pas commettre d'injustice en disant des autres établissements du pays qu'ils sont plutôt le témoignage de l'incompétence et de la criminelle indifférence des gouvernements locaux... simples dépôts de fous, cachots de maison de détention, où encore aujourd'hui, au vingtième siècle, il existe des aliénés en réclusion, à seule fin de soustraire aux regards du public l'incommode spectacle d'insensés vaguant par les rues. L'asile de telle province, dérision de la psychiatrie moderne, est la plus éloquente négation de nos mensongères réclames de peuple civilisé ».

Pour effectuer un placement volontaire, il suffit du consentement du directeur, et d'un certificat signé par deux médecins. Cette exigence de deux signatures n'est qu'une simple formalité, « car il est de règle que le certificat du médecin traitant soit contresigné par un autre

©BIUM

médecin quelconque, qui quelquefois ne connaît pas le patient ». « Une fois le fou interné, toute la surveillance légale se réduit à la possibilité, qui ne se réalise jamais, ou accidentellement, de visites du juge des orphelins, ou du promoteur public. Il est évident qu'il y a urgence à mettre un terme à un tel désordre. »

L'auteur nous fait connaître que dans une province les aliénés, séquestrés dans la maison de correction, ont un régime alimentaire des plus défectueux. L'intendance municipale et l'administration sont en conflit pour savoir à qui incombe la charge de l'alimentation des aliénés ; en attendant, les fous ont pour vivre les restes de la nourriture des autres prisonniers, quand il y a des restes. — « En fait, l'expérience montre que les aliénés, au Brésil, manquent de garanties contre tout le monde : contre les familles et les particuliers qui cherchent à les exploiter, contre les propres pouvoirs publics qui les soumettent à des traitements inhumains. Ce n'est point une simple figure de rhétorique, un effet oratoire destiné à faire impression. »

Aussi l'auteur réclame-t-il des réformes. Il demande que les deux médecins signataires du certificat fassent séparément l'examen du patient, dans la dernière semaine avant le placement, et qu'un curateur provisoire soit nommé.

« L'internement d'urgence dans les cas de fous furieux ou dangereux sera fait moyennant la permission de l'autorité administrative, avec obligation pour le directeur de l'établissement de porter le fait à la connaissance d'un juge dans les quarante-huit heures, afin que celui-ci fasse examiner l'aliéné par deux médecins étrangers à l'établissement, et pour lui donner un curateur provisoire. »

Quelques lignes plus bas, se trouve l'obligation du certificat semestriel.

A la fin de son livre, l'auteur émet le vœu que la justice s'adresse, pour les expertises médico-légales, à des aliénistes de carrière.

J'ai terminé, Messieurs, l'analyse que m'avait confiée votre Bureau. J'ai mis entre guillemets la traduction littérale des principales phrases, pour mieux vous faire apprécier la pensée de l'écrivain. En résumé, l'ouvrage

©BIUM

de notre confrère est une contribution très instructive à l'étude des questions de législation relatives au régime des aliénés ; mais c'est surtout un examen critique de la revision du Code brésilien en la matière, qui présente, naturellement, un grand intérêt pour ses compatriotes. D'après le tableau de la situation actuelle des aliénés au Brésil, on voit que de grandes réformes s'imposent, et qu'elles sont urgentes. L'initiative et l'ardeur du Dr Nina-Rodrigues ne demeureront pas inutiles ; et grâce à lui le progrès vers le bien marchera d'un pas plus rapide. Pour nous, c'est une satisfaction bien grande, que de voir les enseignements de l'illustre Pinel mis en pratique par delà les mers.

L'Art et les Artistes. — Rapport sur un ouvrage de M. Möbius.

M. Roubinovitch. — Dans son étude sur *l'art et les artistes*, M. Möbius insiste avec raison sur ce fait d'observation que l'*instinct artistique* est une faculté innée non susceptible d'être acquise par l'éducation ou par l'instruction. Qu'il s'agisse des musiciens, des peintres ou des poètes, leur talent se manifeste généralement de bonne heure. Très souvent, il est facile d'établir l'influence d'une transmission héréditaire similaire, directe ou collatérale.

Comme dans tous ses ouvrages antérieurs, très nombreux, sur lesquels j'ai eu déjà l'occasion de faire un rapport à la Société médico-psychologique, M. Möbius attache une importance considérable au système de Gall, dans l'étude de la conformation céphalique des artistes.

La séance est levée à six heures.

Paul Sollier.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1899

Archives de Neurologie.

I. — *Les mélancoliques*; *étude clinique*; par le Dr A. Athanassio, de Bucharest (numéro de janvier). — Ce mémoire est une courte description nosographique de la mélancolie, suivie de trente observations cliniques qui ne sont pas susceptibles d'analyse.

II. — *Recherches sur l'analgésie du cubital (signe de Biernacki) chez les aliénés*; par les Drs P. Kéraval et R. G. Laurent, d'Armentières (numéro de février). — Si l'on comprime suffisamment, dans la région de l'olécrane, le nerf cubital, le bras étant en demi-flexion, il se produit : 1° une réaction motrice dans les muscles desservis par le nerf ; 2° une réaction sensible, douleur locale et fourmillements dans la région du petit doigt ; 3° une troisième réaction consistant en flexion du bras, contorsions de la face, et même exclamations de souffrance.

L'absence de ce phénomène chez nombre de tabétiques, constitue ce que Biernacki décrit sous le nom d'analgésie du cubital.

Cramer prétend que cette analgésie existe aussi chez les trois quarts des paralytiques généraux.

Bœdeker et Falkenberg, tout en obtenant des résultats conformes à ceux de Cramer, concluent que l'analgésie du cubital ne peut pas être considérée comme un signe typique de paralysie générale, et que, par conséquent, elle ne peut servir d'élément en matière de diagnostic différentiel.

MM. Kéraval et Laurent, voulant éclaircir le problème, ont fait des recherches sur 84 paralytiques généraux et 542 autres malades, et ils ont trouvé le signe de Biernacki dans la proportion de 53 0/0 chez les paralytiques et de 42 0/0 chez les autres aliénés. Ils en concluent qu'un symptôme aussi incertain

©BIUM

ne peut avoir de valeur réelle pour un diagnostic différentiel quelconque.

III. — *Note sur un cas d'hérédité régressive;* par les Drs S. Garnier et S. Santenoise (numéro de février). — Observation d'une idiote ayant donné le jour à un garçon normal, exempt de dégénérescence. Les auteurs considèrent ce fait comme un cas positif de véritable régénération, exception par conséquent à la loi de Morel.

IV. — *La toxicité du sang dans l'épilepsie*; par le Dr P. Cololian (numéro de mars). — Les expériences de l'auteur, faites sur des souris, conduisent aux résultats suivants : la toxicité du sérum sanguin des épileptiques paraît augmenter immédiatement avant l'attaque, et surtout après. Dans l'intervalle, les expériences n'ont fourni aucun résultat positif.

V. — *Mysticisme et folie*; par le Dr A. Marie, de Dun-sur-Auron (numéros d'avril et de juillet). — Etude de seméiologie dans laquelle l'auteur s'efforce de rattacher à des types cliniques bien définis les psychoses où se rencontrent des conceptions délirantes de nature religieuse. Elles peuvent constituer : 1° des délires systématisés (*a*) à forme dépressive (mélancolie chronique), (*b*) à forme exaltée ou ambitieuse (théomanie); 2° des délires non systématisés (idées religieuses et mystiques dans la manie, les démences, la paralysie générale, les intoxications, l'épilepsie, l'hystérie, et enfin dans l'imbécillité et les états congénitaux). Les malades à hérédité accumulée n'ont que des bouffées polymorphes sans cohésion; au contraire, ceux à tares héréditaires moins nombreuses coordonnent plus soigneusement leurs conceptions délirantes. L'article se termine par des considérations médico-légales intéressantes.

VI. — *Les psychoses d'auto-intoxication. Considérations générales;* par le Dr E. Régis (numéro d'avril). — M. Régis, dans ce chapitre d'un mémoire encore inédit, couronné par la Société médico-psychologique, résume en une brève synthèse ses idées sur le rôle des auto-intoxications dans les maladies mentales.

Les psychoses qui ont cette origine, ont une symptomatologie spéciale qui se confond d'ailleurs avec celle des psychoses toxiques dont l'alcoolisme est le type. Le délire est surtout nocturne, et favorisé par les périodes hypnagogiques; c'est un délire onirique, ou délire de rêve. Mais il y a plus, il ne s'agit pas d'un rêve normal, mais d'un rêve pathologique, somnambulique, une sorte d'état second analogue à celui de

©BIUM

l'hypnose. De là à essayer la suggestion comme procédé thérapeutique, il n'y a qu'un pas que M. Régis a franchi. A plusieurs reprises il a traité et guéri de la sorte certains malades atteints de délire toxi-infectieux à la période de déclin.

Cependant les psychoses d'auto-intoxication ont des rapports avec les vésanies, rapports encore obscurs et d'une analyse délicate dans laquelle la prédisposition vésanique joue un rôle important.

Quelques mots sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des psychoses par auto-intoxication terminent cette intéressante étude.

VII. — *Le délire systématique primitif d'auto-accusation*; par le Dr J. Séglas (numéro de juin). — Le délire d'auto-accusation n'est pas propre à la mélancolie, il n'est nullement caractéristique d'une forme mentale déterminée, et peut se rencontrer dans bien des circonstances différentes, au même titre que tout autre délire; d'une part les formes systématiques de ce délire peuvent être secondaires et consécutives à une phase de mélancolie aiguë, de l'autre elles se présentent à titre d'épisode aigu et transitoire au cours d'un délire systématisé préexistant; mais il existe des cas où les idées d'auto-accusation constituent à elles seules le délire. Ces faits, désignés assez souvent sous le nom impropre de mélancolie des dégénérés, représentent en quelque sorte le type pur du délire systématisé primitif d'auto-accusation. Si l'on envisage l'aspect symptomatique et l'évolution de l'affection, on peut distinguer : 1° des cas à évolution chronique; 2° des cas aigus, simples bouffées délirantes ou délires d'emblée. L'origine de ce délire est dans la constitution psychique même des sujets. Ce sont, en général, des héréditaires plus ou moins tarés, ayant déjà antérieurement présenté des signes de déséquilibration mentale.

Suit la description de plusieurs cas cliniques intéressants.

VIII. — *L'idée fixe;* par le Dr P. Kéraval, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (numéros de juillet et d'août). — L'idée fixe est une idée qui apparaît dans le cerveau et n'en sort plus, mais tout homme qui a une idée fixe n'est pas pour cela un fou; il y a une idée fixe physiologique, et une idée fixe pathologique.

La première est l'aboutissement régulier de toute une série d'associations d'idées convergentes vers le même but; la seconde est la conséquence d'une profonde perturbation de la conscience, du jugement et de la raison.

©BIUM

L'idée fixe pathologique est presque toujours issue d'un trouble intellectuel primitif qui supprime le jugement et qui empêche le malade de la considérer comme une intruse ayant pénétré malgré lui dans sa conscience. Cette idée fixe provoque une modification de l'affectivité, qui s'exagère et aboutit à l'*égocentricité*.

Contrairement à l'idée fixe normale, l'idée fixe pathologique est le plus souvent en opposition, en contradiction immédiate avec le milieu où l'individu a l'habitude de vivre ; elle émerge presque toujours *ex abrupto*, et, tout irrationnelle qu'elle soit, elle sert de canevas à la faculté logique qui, sur ce thème, travaille comme sur une base vraie.

Après quelques considérations sur le diagnostic différentiel de l'idée fixe et de l'idée obsédante, l'auteur étudie cliniquement les différentes idées fixes pathologiques dans les paragraphes suivants :

1° Idée fixe greffée sur la débilité et l'épuisement physiques (*a*) dans la neurasthénie, (*b*) dans les maladies générales ;

2° Idée fixe dans la mélancolie ;

3° Idée fixe chez les dégénérés ;

4° Idée fixe dans le délire chronique ;

5° Idée fixe dans l'hystérie.

Un certain nombre d'observations personnelles ou empruntées à divers auteurs viennent corroborer les vues de l'auteur.

IX. — *Double centre d'innervation corticale oculo-motrice;* par le Dr Joanny Roux (numéro de septembre). — M. Roux s'attache à démontrer que l'anatomie normale et pathologique, l'expérimentation et l'observation clinique prouvent que l'œil possède deux zones de projection corticales. L'une, le centre oculo-moteur postérieur, correspond à la zone de projection sensorielle (rétine) au niveau de la face interne et inférieure du lobe occipital ; l'autre, le centre oculo-moteur antérieur, correspond à la zone de projection de la sensibilité générale (trijumeau), et a son siège probable au niveau du pied de la deuxième frontale.

X. — *De l'apoplexie progressive ; de sa valeur en tant que syndrome anatomo-clinique spécial;* par F.-J. Bosc et V. Vedel, de Montpellier (numéro de septembre). — Broadbent, en 1876, se basant sur cinq observations personnelles, a voulu montrer que l'apoplexie progressive n'est pas seulement en rapport avec un épanchement de sang abondant, mais encore que la localisation de l'hémorragie est constante, son territoire

©BIUM

étant situé sur le côté externe du noyau strié extra-ventriculaire, entre le ganglion et la capsule externe, et qu'il existerait un rapport étroit entre la symptomatologie et le siège de la lésion.

MM. Bosc et Vedel, se basant sur trois observations cliniques, contestent que l'apoplexie progressive corresponde à un syndrome anatomo-clinique précis.

Toute sa caractéristique tient dans la formation progressive de l'hémorragie. Toutefois leurs observations reproduisent dans leur ensemble les caractères donnés par Broadbent comme typiques de l'apoplexie progressive.

XI. — *Relation d'un cas de confusion mentale post-opératoire;* par le Dr Fenayrou (numéro d'octobre). — Relation très détaillée d'un cas typique de confusion mentale consécutif à la ligature de l'axillaire et dû à la combinaison de ces trois causes : hérédité, alcoolisme, infection opératoire.

XII. — *Les hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme;* par le Dr Cololian (numéro de novembre). — Dans les délires toxiques, surtout dans l'alcoolisme, les hallucinations psycho-motrices verbales sont très rares. M. Vallon en rapporte deux exemples; l'auteur en a rapporté un troisième dans sa thèse inaugurale; dans le présent travail, il en présente quatre nouveaux cas. Comme on devait s'y attendre, les sujets de ses observations sont des héréditaires et des dégénérés chez qui l'intoxication n'a fait que mettre en branle une prédisposition particulière à l'automatisme cérébral et au délire.

XIII. — *Hystérie de l'enfance;* par Bourneville et J. Royer (numéro de novembre). — Nouveau cas d'hystérie mâle de l'enfance venant s'ajouter à ceux que M. Bourneville a déjà publiés. Guérison rapide par le traitement médico-pédagogique.

XIV. — *Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques;* par le Dr R. Charon (numéro de décembre). — Existe-il un état mental, un enchaînement de troubles psychiques particuliers, dont l'étude puisse conduire ou aider au diagnostic de ramolissement cérébral en foyer? C'est ce que s'est proposé de rechercher M. Charon dans une série de six observations cliniques à propos desquelles il constate : 1° la distribution bizarre et l'étendue des foyers de nécrobiose; 2° l'existence dans tous les cas de douleurs céphaliques, en même temps que de l'excitation cérébrale, et des convulsions épileptiformes.

Ces lésions ou symptômes étaient accompagnés d'accès répétés d'agitation à forme maniaque et à début brusque, se

©BIUM

traduisant par une incohérence extrême, de la gesticulation et des actes, par un véritable chaos des idées avec insomnie, anorexie, hyperthermie et troubles gastro-intestinaux, troubles hallucinatoires à forme terrifiante, douleurs céphaliques, chute rapide de l'agitation suivie bientôt d'une démence complète. Quatre de ses malades sur six étaient alcooliques.

XV. — *Travail et alitement dans le traitement des maladies mentales. Notice historique;* par P. Sérieux et Farnarier (numéro de décembre). — Cette notice très documentée au point de vue bibliographique n'est pas susceptible d'analyse. Signalons-en toutefois la péroraison, contre laquelle protesteront tous les esprits mesurés et impartiaux. Dire que la clinothérapie est un progrès thérapeutique est bien ; mais prétendre que jusqu'ici on n'a pas traité les aliénés et que l'alitement seul est capable de les guérir est une mauvaise plaisanterie trop rebattue depuis quelques années, et dont il serait bien temps de s'abstenir.

Revue neurologique.

I. — *Dégénérescence et stigmates mentaux ; malformation de l'ectoderme ; myoclonie épisodique ; acromégalie possible;* par E. Feindel et P. Froussard (n° 2). — Observation clinique concernant un dégénéré, fils d'alcoolique suicidé, chez lequel se développe un état myoclonique, produit de la dégénérescence, révélée d'ailleurs par un ensemble de signes congénitaux tels que la maladie de Recklinghausen. Il y a eu trouble de développement du feuillet ectodermique sous l'influence de l'alcoolisme paternel : de là la neuro-fibromatose ; mais la partie de l'ectoderme incluse dans le crâne et le canal neural n'est pas non plus normale : de là la faiblesse d'esprit et la myoclonie. Le sujet porte en outre une tête acromégalique ; le diagnostic d'acromégalie ne peut être affirmé, mais il y a présomption, car il ne faut pas oublier que la pituitaire est en partie d'origine ectodermique.

II. — *Lèpre et aliénation ;* par le professeur P. Kovalevski, de Saint-Pétersbourg (n° 5). — Les auteurs qui font autorité pour l'étude de la lèpre sont d'avis qu'elle n'altère jamais le cerveau.

Cette opinion n'est pas justifiée. Orbelli a signalé deux cas d'aliénation mentale chez des époux lépreux. Meschede en a rapporté un cas. Ashmead, dans son rapport au congrès de

©BIUM

Berlin sur la lèpre, dit que parfois on observe la mélancolie chez les lépreux ; d'après lui, il y aurait 100.000 lépreux sur les 45 millions de Japonais, et une grande quantité de ces 100.000 malheureux se suicident, étant mélancoliques. Selon Gorces, on compterait 30.000 lépreux à Columbia dont beaucoup finissent par le suicide.

Suit l'observation d'un Géorgien âgé de vingt-huit ans, marié, père de trois enfants, qui, trois ans après le début d'accidents lépreux, fut pris d'un délire de persécution avec accès de fureur. Le délire n'a pas d'expression logique; il est saccadé, incohérent, non systématisé, accompagné d'illusions, d'hallucinations et d'état subconscient. Maladie des reins, péricardite, mort. A l'autopsie, pachyméningite interne hémorragique et leptoméningite chronique; péricardite exsudative, dégénérescence graisseuse du cœur et du foie, néphrite parenchymateuse.

La femme du malade elle-même ne tarda pas à présenter des signes d'aliénation mentale identiques à ceux du mari : elle croit qu'on veut l'empoisonner, la brûler vive, la tuer, etc., et cependant il n'y avait aucun contact entre eux, l'une étant à l'hôpital et l'autre à l'asile d'aliénés.

La lèpre doit donc être admise comme cause étiologique de l'aliénation.

III. — *A propos de la chorée variable de Brissaud; trois observations de chorée* ; par H. Couvelaire et O. Crouzon (n° 11). — En 1896, M. Brissaud a décrit un type nouveau de chorée qu'il a nommé *chorée variable des dégénérés*.

Les auteurs ont recueilli trois observations présentant quelques analogies avec ce type. On ne peut les résumer, car tout y échappe à l'analyse. Il semble, d'après les auteurs, que ces trois observatioas forment, par leur groupement, trois degrés intermédiaires à la chorée de Sydenham et à la chorée variable des dégénérés.

IV. — *Quatre observations de tremblement;* par E. Boinet (n° 12). — Observations cliniques ; la première semble se rattacher à la sclérose en plaques, les trois autres relèvent de l'hystérie. Dans les deux premiers cas le tremblement est du type de la sclérose en plaques, dans les deux derniers il est du type parkinsonien.

V. — *Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès ;* par E. Boinet (n° 15). — Un étudiant en pharmacie, pour se guérir d'une dermatite exfoliatrice généralisée, est soumis à l'ingestion de

©BIUM

corps thyroïdes de mouton cru. Une amélioration rapide survient, bientôt suivie d'une rechute. Le malade, à l'insu de tous, se soumit à une hyperthyroïdation intense (jusqu'à dix corps thyroïdes par jour), et, huit jours après le début de ce traitement, éclatent avec intensité des troubles psychiques ; il est excité, inquiet, continuellement en mouvement, occupé à fermer les issues dans la crainte d'ennemis imaginaires ; il se croit poursuivi par les gens qu'il rencontre dans la rue. Il refuse toute boisson, tout aliment, se déshabille, essaye de fuir et se montre agressif. Il parle sans cesse avec incohérence, invente des histoires, manifeste un certain érotisme. Syndrome basedowien manifeste, sauf l'exophthalmie. Au bout d'un mois et demi, amélioration progressive de l'état mental et retour de la dermatite exfoliatrice. Le malade ayant recommencé à ingérer en cachette des corps thyroïdes, une rechute se produit pendant une dizaine de jours.

Divers auteurs avaient déjà signalé, à la suite de l'ingestion excessive de thyroïde, l'éclosion d'une maladie de Basedow artificielle ; mais M. Boinet est le premier qui ait signalé l'apparition de troubles psychiques dans les mêmes conditions.

VI. — *Note sur l'hystérie droite et sur l'hystérie gauche;* par MM. F. Raymond et P. Janet (n° 23). — A propos de plusieurs cas curieux d'aphasie, de mutisme, de surdité verbale chez les hystériques, MM. Raymond et Janet ont observé que ces troubles de langage se présentaient chez des malades qui avaient, d'autre part, des accidents paralytiques, des troubles de la sensibilité sur le côté *droit* du corps, ce qui permet de rapprocher le mutisme hystérique de l'aphasie organique et d'essayer quelque hypothèse plausible sur les localisations anatomiques des troubles de l'hystérie. Voulant vérifier avec plus de précision leur remarque, les auteurs ont dressé une statistique de 388 cas détaillés d'hystérie observés au laboratoire de psychologie.

Ils les répartissent en trois groupes : 1° un groupe de 138 malades ne présentant pas de localisations bien nettes des symptômes sur une moitié du corps ; 2° un deuxième de 148, présentant nettement une prédominance des stigmates et des accidents sur le côté gauche du corps ; 3° un troisième de 102 malades chez lesquels les troubles du mouvement et de la sensibilité ont siégé, de préférence, sur le côté droit.

Entre autres données remarquables, cette statistique montre la prédominance énorme des troubles de la parole chez les hys-

©BIUM

tériques atteints d'accidents du côté droit, ainsi que cela est connu pour les aphasies organiques.

Autre remarque curieuse : tandis que tous les autres symptômes sont à peu près en même nombre dans l'hystérie gauche et dans l'hystérie droite, il est surprenant de voir que les troubles respiratoires, la polypnée, le hoquet, la toux, le rire, etc., se présentent avec une prédominance marquée dans le groupe des hystéries droites. Cette différence ne se montre pour aucun autre accident. Si ce fait se confirmait, on pourrait peut-être l'expliquer par un certain rapport entre les fonctions de la respiration et les fonctions du langage.

Il est probable que la respiration n'est troublée, chez l'hystérique, que dans ses éléments les plus élevés en rapport avec les fonctions psychologiques de l'émotion, de l'attention, et que précisément à cause de son rôle dans la parole le cerveau gauche a plus d'influence sur la mécanique de la respiration, que le cerveau droit.

En revanche, l'hypothèse qu'en raison du rôle du cerveau gauche dans les opérations intellectuelles les plus élevées (langage) les troubles intellectuels et les délires de l'hystérie doivent accompagner plus fréquemment les troubles du côté droit, n'est pas confirmée : les troubles intellectuels graves se sont montrés dans la proportion de 30,4 p. 100 dans le groupe des hystéries gauches et dans celle de 31,3 p. 100 dans le groupe des hystéries droites.

VII. — *Sur les lésions cellulaires corticales observées dans six cas de troubles mentaux toxi-infectieux* ; par Maurice Faure (n° 24). — Quatre cas de confusion mentale d'origine toxi-infectieuse, à l'autopsie desquelles on trouve des lésions corticales ainsi caractérisées : gonflement de la cellule, disparition des grains chromatophiles, éclaircissement du centre de la cellule, migration périphérique du noyau. Cette altération est plus ou moins généralisée suivant les cas. Dans deux cas, l'altération était principalement visible dans les grandes cellules pyramidales et dans les cellules de Betz.

L'étude de la substance blanche, dans les cas de ce genre, ne semble révéler aucune altération des fibres. Elles peuvent exister néanmoins, mais à un moindre degré que pour les cellules. Aussi rien n'autorise à nier, pas plus qu'à affirmer, la nature *secondaire* des altérations cellulaires. Si on parvenait à démontrer que les lésions cellulaires cérébrales sont, comme celles de la moelle dans la polynévrite, consécutives à l'altéra-

©BIUM

tion des fibres, il y aurait une remarquable unité dans le processus anatomo-pathologique des réactions de la substance nerveuse.

Polynévrite, psychose polynévritique, confusion mentale, tout cela ne formerait qu'un groupe représentant la réaction des neurones en face de l'injure lente des poisons intérieurs.

Revue de psychiatrie.

I. — *Les lésions tabétiformes dans la paralysie générale;* par le Dr E. Rabaud (no de février). — L'existence de symptômes tabétiques chez les paralytiques généraux a été observée par de nombreux auteurs : les uns pensaient que la paralysie générale peut débuter par le cerveau ou par la moelle; d'autres professaient que les troubles moteurs ne sont pas de nature paralytique. Puis, deux courants d'opinion se sont formés, l'une admettant une paralysie générale avec lésions et signes tabétiformes, l'autre une association des deux maladies. Le professeur Joffroy, en dernier lieu, soutient que tabes et paralysie générale sont deux maladies différentes, et qu'on a pris pour du tabès les lésions spéciales de la paralysie générale.

Selon l'auteur, c'est cette opinion qui est la vraie. Si, malgré quelques signes distinctifs, les troubles spinaux propres à la paralysie générale manquent de netteté, en revanche, l'examen microscopique révèle une sclérose paralytique différente de la systématisation ataxique, et dont voici les caractères : discontinuité des zones sclérosées dans la hauteur de la moelle; diffusion et irrégularité de la sclérose considérée sur une seule coupe; intégrité relative et absolue des racines postérieures ou des zones de Lissauer par opposition à la dégénérescence des faisceaux radiculaires interspinaux; lésions cellulaires segmentaires et diffuses. Le point de départ de ces lésions serait dans les neurones de la substance grise primitivement atteints.

II. — *De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques;* par MM. Toulouse et Marchand (no de mars). — Les accès épileptiques paraissent être quelquefois en rapport avec l'aménorrhée et la ménopause.

On peut supposer dans ces cas que la non-activité de l'ovaire est la cause des accidents convulsifs; de là l'essai thérapeutique actuel. De cinq observations, les auteurs concluent que la médication ovarienne est inoffensive, qu'elle tend à rétablir le flux menstruel, qu'elle tend aussi à diminuer un peu le nom-

©BIUM

bre des accès et beaucoup le nombre des vertiges, son action s'exerçant principalement durant la période thérapeutique.

III. — *Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs épileptiques;* par MM. Toulouse et Marchand (n° de mai). — Depuis Hippocrate on sait que les maladies infectieuses survenant chez les épileptiques peuvent suspendre momentanément leurs accès. On connaît moins l'influence des maladies infectieuses sur la marche de l'épilepsie après la disparition de l'infection. A la suite d'un érysipèle, ces auteurs ont vu les crises se suspendre plusieurs mois chez une épileptique. Elles ont au contraire immédiatement reparu après la disparition de la fièvre dans un cas de fièvre typhoïde et un cas de pneumonie. D'après les faits rapportés par Séglas et plus tard par Pélissier, il en serait ainsi six fois sur sept. C'est donc, en somme, la période fébrile qui doit être considérée comme suspensive des accès. Par quel mécanisme? C'est ce qui n'est pas encore clairement expliqué.

IV. — *Paralysie générale juvénile et épilepsie;* par MM. Toulouse et Marchand (n° de juillet). — Observation clinique d'une jeune fille de dix-neuf ans, épileptique depuis l'âge de onze ans, qui, en apparence atteinte de démence épileptique, succomba aux lésions de la paralysie générale constatées histologiquement. Les auteurs pensent, avec M. Klippel, que la paralysie générale peut être l'aboutissant de toutes les maladies cérébrales conformément à l'opinion des premiers auteurs.

V. — *Pouls et température dans les vertiges épileptiques;* par L. Marchand (n° d'août). — On sait que depuis les travaux de Bourneville il est admis qu'il y a une élévation de température dans les accès d'épilepsie. De ses recherches, M. Marchand croit pouvoir conclure que le vertige détermine lui aussi une élévation de température, mais de 3/10 de degré au lieu de 5/10: d'une façon générale, on peut dire que l'élévation de température est en relation avec l'intensité du vertige. En ce qui concerne le pouls, le vertige détermine une accélération de 19 pulsations en moyenne; il faut environ 42 minutes pour que le pouls revienne à la normale, avec des écarts considérables. L'élévation de la température et l'accélération du pouls vont de conserve. La pathogénie de ces phénomènes est incertaine.

VI. — *Un cas de dipsomanie morphinique;* par A. Antheaume et R. Leroy (n° de novembre). — Relation d'un cas clinique de morphinomanie survenant par accès chez une dégé-

©BIUM

nérée héréditaire, et procédant par impulsions conscientes et irrésistibles. C'est, à la connaissance des auteurs, le premier cas de ce genre; il est d'autant plus intéressant que les nombreux auteurs qui se sont occupés du morphinisme ont, pour la plupart, considéré comme improbable l'existence de la dipsomanie morphinique.

VII. — *La pseudo-paralysie générale arthritique;* par M. Klippel (n° de décembre). — Les symptômes et l'évolution qui caractérisent la paralysie générale peuvent se rencontrer dans les maladies dont le processus histologique implique des affections différentes. Parmi les maladies qui, sous ce rapport, se distinguent au plus haut degré de la paralysie générale inflammatoire (encéphalite inflammatoire infectieuse), il faut peut-être placer en première ligne les dégénérescences athéromateuses diffuses des capillaires et des cellules de l'écorce cérébrale. Telles sont les vues nouvelles exposées par M. Klippel. Pour cet auteur : 1° lorsque la méningo-encéphalite infectieuse diffuse est en coïncidence avec l'athéromasie cérébrale, la première de ces lésions est greffée sur la seconde, l'athéromateux est devenu paralytique; 2° l'athéromasie des artérioles intracorticales et les dégénérescences diffuses des éléments nobles qui l'accompagnent peuvent, à elles seules, créer le syndrome paralytique. C'est ce syndrome qui prend le nom de pseudo-paralysie générale arthritique. En isolant ces deux groupes de malades, M. Klippel a ainsi pu distinguer la pseudo-paralysie générale arthritique en tant que maladie distincte. L'athéromasie ne se révèle pas seulement par sa localisation encéphalique, mais par sa diffusion au système artériel dans son ensemble; il existe en outre quelques différences dans les signes et l'évolution de l'affection : ictus suivis de parésies persistantes, troubles psychiques purement démentiels et moins massifs que dans la paralysie générale vraie; analogie marquée avec la démence sénile; troubles trophiques peu importants. Une observation clinique sert d'illustration aux idées de l'auteur.

Le Progrès médical.

I. — *Manie de l'adolescence avec nymphomanie; guérison*; par Bourneville et Katz (n° 7). — Il s'agit d'une fillette de treize ans, qui, à la suite d'impressions morales vives, fut prise de troubles mentaux avec alternatives d'agitation et de dépres-

©BIUM

sion, insomnie, coprolalie, actes obscènes, gâtisme, impulsions génitales persistantes, et qui guérit au bout de dix mois.

Comme de raison, l'hérédité était chargée.

Cependant il n'y avait pas de signes apparents de dégénérescence et l'enfant était intelligente, mais elle était d'une précocité fâcheuse, ayant déjà eu des rapports sexuels.

II. — *Deux nouveaux cas d'état de mal épileptique*; par Bourneville, Tissier et Rellay (n° 11). — Observations cliniques très intéressantes au point de vue de l'étude de l'état de mal, mais qui ne sont pas susceptibles d'analyse.

III. — *Instabilité mentale*; *hérédité très chargée*; *traitement médico-pédagogique*; *guérison*; par Bourneville et J. Boyer (n° 22). — Observation intéressante pour l'étude des formes de l'aliénation mentale de l'enfance. Hérédité très chargée, quelques stigmates de dégénérescence. Sous l'influence de la crise de la puberté et d'une émotion vive, les tares psychiques se sont accentuées jusqu'à la manie légère. La guérison, survenue au bout de six mois, a persisté.

IV. — *Astasie-abasie*; par L. Urriola (de Panama, n° 30). — Observation concernant un nègre de vingt-quatre ans, hystéro-épileptique, qui, à la suite d'un accident, dut être amputé du bras gauche. Névralgie consécutive du plexus intéressé; exeat suivi d'une formidable attaque à la suite de laquelle le malade reste astasique-abasique. Guérison rapide par suggestion. L'auteur admet une idée fixe subconsciente créée par l'accident qui eût pu entraîner, en même temps que celle du bras, la perte des membres inférieurs.

V. — *L'hérédité dans la syphilis*; par le Dr Paul Raymond, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (n° 33). — Après avoir exposé les lois qui président à la transmission héréditaire de la syphilis, l'auteur rappelle qu'en dehors de la transmission syphilitique elle-même, il y a la transmission d'un terrain particulier résultant de troubles de la nutrition. Toutes les infections produisent des effets analogues, et en particulier la tuberculose. « Nous connaissons, dit-il, les enfants petits, chétifs, mal venus, des tuberculeux, et nous pouvons leur comparer les enfants malingres, vieillots, athrepsiques, des syphilitiques. » Les toxines des parents, non seulement entravent la croissance, mais créent de toutes pièces nombre de malformations plus ou moins tératologiques. C'est là ce que les aliénistes appellent les stigmates de la dégénérescence souvent

©BIUM

avant-coureurs de troubles psychopathiques variés et précoces; c'est pourquoi nous avons cru devoir résumer au lecteur les conclusions de cette leçon clinique d'ailleurs étrangère à la psychopathologie.

VI. — *Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses*; par MM. Stanculeanu et Baup (n° 38). — Observation d'un garçon boucher de vingt-sept ans, éthylique, qui, au cours d'une scarlatine éphémère, fait du délire, puis de la stupeur cataleptoïde; survient une otite suppurée; peu à peu la confusion diminue et disparaît en même temps que la suppuration de l'oreille.

Les auteurs insistent sur le parallélisme des troubles mentaux et des phénomènes otitiques. Ils invoquent les toxines microbiennes comme facteur pathogénique. La lecture de l'observation nous ferait plutôt penser à l'*urémie* (état comateux, facies congestionné, attitudes pseudo-cataleptiques). Ces derniers symptômes sont presque pathognomoniques des psychoses urémiques, d'autant que le malade avait eu de l'albuminurie.

VII. — *De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication*; par le Dr A. Cullerre (n° 39). — Chez les aliénés auto-intoxiqués, en proie à une agitation incoercible, émaciés et épuisés par l'inanition résultant du refus prolongé d'aliments, empoisonnés par la coprostase, aux sécrétions taries, à la bouche fuligineuse, au pouls misérable avec mouvement fébrile plus ou moins accentué, l'auteur a employé les injections de chlorure de sodium à 7 p. 1000 à doses variant de 60 à 1.000 centimètres cubes répétées pendant un temps plus ou moins long. Ces injections, d'ailleurs inoffensives, produisent une stimulation du système nerveux, le relèvement de la pression sanguine et le retour des sécrétions. Elles se sont montrées d'une efficacité réelle pour conjurer la mort et provoquer une amélioration rapide de l'état physique : disparition rapide des symptômes inquiétants, retour des sécrétions, des fonctions excrétoires, disparition de la sitiophobie. Le plus souvent, par surcroît, l'état mental s'améliore. Six observations cliniques à l'appui.

VIII. — *Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique*; par Bourneville (n° 41). — La sclérose tubéreuse s'observe rarement; l'auteur n'en a rencontré que six cas et celui-ci est le septième. L'étude histologique de la lésion y est faite en détail. En général, l'idiotie symptomatique de cette lésion est profonde, elle se complique d'épilepsie neuf fois sur

©BIUM

dix, et cinq fois sur dix à la sclérose tubéreuse s'ajoute la méningo-encéphalite.

IX. — *Le bleu de méthylène comme hypnotique*; par le Dr Ch. Vallon, médecin à l'asile de Villejuif, et Wahl, interne (n° 42). — Des six observations qu'ils présentent, MM. Vallon et Wahl ne peuvent conclure à une supériorité quelconque du bleu de méthylène comme hypnotique; par contre, ils lui reconnaissent certains inconvénients; il tache les vêtements et la literie; les gâteux peuvent s'en barbouiller les mains et le visage; il donne une forte coloration bleue aux urines, ce qui est de nature à alimenter les conceptions délirantes de certains aliénés.

X. — *De quelques accidents nerveux observés au cours du petit brightisme*; par le Dr M. de Fleury, ancien interne des hôpitaux (n° 48). — Ce court mémoire repose sur quatre observations cliniques :

1° Homme de soixante-six ans, albuminurique, artérioscléreux, pris de troubles de la motilité, d'embarras de la parole et d'un léger degré de confusion mentale. Guérison par le régime lacté. Rechute par la cessation du régime.

2° Femme de quarante-cinq ans, ayant des traces d'albumine non constante, ébauchant un délire de persécution guéri par le régime lacté et la pilocarpine.

3° Homme de vingt-deux ans, atteint de mal de Bright et d'insuffisance mitrale, faisant de la mélancolie suicide et de la confusion mentale; amélioré par le régime.

4° Homme de cinquante et un ans, faisant de l'épilepsie urémique sous l'influence du petit brightisme, et amélioré par le traitement. Pour le diagnostic de ces états, l'auteur conseille l'étude de la pression sanguine et de la toxicité urinaire.

XI. — *De l'éosinate de sodium dans le traitement de l'épilepsie, et des accidents qu'il produit*; par Bourneville et Chapotin (n° 52). — Vingt-trois malades ont été soumis au traitement par l'éosinate de sodium en commençant par une capsule de 0 gr. 25 pour atteindre, au bout de sept semaines, la dose de 3 grammes. Peu de résultats thérapeutiques; mais en revanche, des troubles trophiques nombreux : rougeur et gonflement de la face et des mains, démangeaisons, céphalées, ulcérations, éruptions, érythèmes, etc. Ces accidents externes sont aggravés par le manque de précautions hygiéniques. Cette intoxication a nécessité la suppression de la médication nouvelle qui paraissait rationnelle, un gramme d'éosinate contenant 40 centigrammes de brome.

©BIUM

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Une fausse mystique* (*affaire Augustine Pépé*) ; par le Dr Paul Garnier (numéro de juin). — Les individualités féminines qui s'agitent autour des ecclésiastiques peuvent, selon M. Garnier, se diviser en trois groupes : 1° les érotomanes ; elles sont amenées à subir l'obsession impulsive par un sentiment de pitié envers le prêtre qui, ayant renoncé à l'amour, ne connaîtra jamais les caresses féminines. Cette idée se transforme peu à peu en un sentiment platonique, mais obsédant et impérieux, qui aboutit à l'état mental de l'aliéné persécuteur ; 2° les mystiques vraies, qui ne sont pas dénuées de toute préoccupation érotique assurément, mais qui sont surtout sous l'influence d'un délire religieux de forme mégalomaniaque. Elles s'attribuent, vis-à-vis du prêtre, une mission de surveillance et de contrôle ; la pénitente se fait directrice ; 3° les érotiques qui voient dans l'ecclésiastique un homme comme les autres ou plutôt mieux que les autres ; on les trouve à toute heure à l'église, non pour prier, mais pour marcher à la conquête du prêtre. La passion peut les aveugler, mais ce n'est pas la folie qui les mène.

Augustine Pépé, dont l'auteur relate l'observation médico-légale, appartient à ce dernier groupe. Elle poursuivait depuis trois ans l'abbé Ménard de ses déclarations d'amour. Irritée de son indifférence, tourmentée par la jalousie, elle le guetta un matin, le suivit à sa sortie et lui plongea soudain un couteau de cuisine dans le flanc gauche et s'enfuit. Le soir, elle rentre chez elle et s'étonne que personne ne soit venu s'informer à son sujet ; elle croyait qu'il y aurait plus de grabuge que ça. Le lendemain, elle hésite sur la conduite à tenir, puis part pour Etampes, où elle va raconter au curé son aventure, et lui demander un secours. Le jour même elle était arrêtée.

L'étrangeté du crime motiva l'expertise de M. Garnier, qui aboutit aux conclusions suivantes : Augustine Pépé n'est pas une aliénée ; sa tentative de meurtre a été exclusivement inspirée par des mobiles passionnels ; c'est une femme bizarre et déséquilibrée, mais les étrangetés de son caractère ne sauraient être assimilées à des symptômes de folie.

La fille Pépé a été condamnée à deux ans de prison.

II. — *L'alcoolisme et son remède ;* par le Dr Reille (numéro

©BIUM

de juin). — Un seul remède est pratique d'après M. Reille, c'est le vote d'une loi tendant à diminuer et à limiter le nombre des cabarets. La mise en pratique d'une loi de ce genre (autorisation pour ouvrir un débit, suppression progressive des cabarets excédant le nombre de 1 pour 300 habitants) amènerait pour Paris la disparition de 19.000 débits sur les 50.000 qui existent actuellement.

III. — *L'hystérie dans le mariage*; par M. le professeur Brouardel (numéro de novembre). — Pour le médecin expert, les femmes hystériques peuvent être classées en deux catégories: la *petite hystérie* et l'*hystérie vraie.*

Dans la petite hystérie, on peut distinguer plusieurs variétés; la femme légèrement hystérique l'est à l'insu de tout le monde. C'est une personne à l'aspect vif, à l'imagination éveillée, d'une conversation pleine de charme, qui, faute de réflexion, peut commettre des impairs facilement oubliés à cause de son esprit agréable ; coquette, aimant les compliments et la société des hommes, mais ne se livrant pas. La femme un peu plus hystérique va plus loin ; elle se compromet par son inconséquence, mais ne va pas jusqu'aux actes répréhensibles.

Dans l'hystérie vraie les choses sont plus graves ; voici comment cela se passe dans le ménage : au début tout va bien, c'est le bonheur à deux sans nuages ; quand un peu de satiété arrive de la part du mari, l'orage éclate, la jeune femme se déclare *incomprise,* se pose en victime et étale sa prétendue infortune. A partir de ce moment, il n'est rien qu'elle ne mette en œuvre dans la maison pour être désagréable à son mari, et, avec son manque de réflexion habituel, cette hystérique ne tarde pas à se trouver entraînée à commettre des actes répréhensibles et violents. En dépit de l'école de la Salpêtrière, M. Brouardel ne veut pas voir seulement dans l'hystérique une suggestionnée et une hallucinée ; il est d'avis qu'il faut, à côté de l'hallucination, faire une large part au mensonge et à la simulation, et ici le médecin légiste se rencontre avec le médecin aliéniste. Dans les inventions des hystériques, il n'est pas toujours facile de discerner ce qui est délire de ce qui est perversion morale ; c'est ce que, par des exemples topiques, M. Brouardel s'efforce de bien mettre en lumière.

IV. *L'impuissance dans le mariage;* par M. le professeur Brouardel (numéro de décembre). — Deux points intéressent le psychiatre dans cette conférence : l'impuissance par arrêt de développement des organes génitaux et l'impuissance d'origine

psychique. L'arrêt de développement partiel des organes génitaux, expose M. Brouardel, est extrêmement fréquent dans les villes, et surtout à Paris; les enfants y sont vifs, éveillés, débrouillards, mais au moment de la puberté l'intelligence et l'organisme subissent un temps d'arrêt; l'examen physique de ces jeunes gens montre souvent une verge grêle, des testicules petits, une rareté relative du système pileux; le squelette ne prend pas la forme masculine, le bassin est élargi, la graisse envahit le tissu sous-cutané, et fait gonfler la région mammaire. Cet état anatomique est définitif.

Les appétits sexuels sont faibles ou nuls; ces jeunes gens physiquement féminisés, indifférents aux actes de débauche, se laissent parfois embaucher par les pédérastes exploiteurs.

L'impuissance d'origine psychique est relativement fréquente; elle a pour cause les influences morales, les préoccupations intellectuelles, la répugnance et surtout la crainte. Il suffit qu'un individu craigne de rester en affront devant une femme, pour que sa crainte devienne une réalité. Le médecin doit prendre une confidence de ce genre au sérieux, car il ne pourra guérir son malade qu'en lui excitant fortement l'imagination. Parmi les impuissants psychiques, il y a aussi les hypocondriaques et les neurasthéniques, poursuivis par le fantôme de la spermatorrhée; les onanistes invétérés et les pervertis sexuels; ces derniers sont bien connus. M. Brouardel en cite un cas étrange : il s'agit d'un individu qui ne pouvait voir un employé des pompes funèbres sans être pris de désirs vénériens, à tel point qu'il ne put accompagner le convoi de son père.

Archives générales de médecine.

1. — *Les accidents nerveux du cancer;* par le Dr Klippel (numéro de janvier). — Le cancer est à la fois une tumeur et une cachexie, il peut léser les organes nerveux comme tumeur, ou agir indirectement sur eux par la dyscrasie, l'état d'intoxication complexe qu'il entraîne.

A côté des lésions des muscles, des nerfs, de la moelle, il détermine des accidents cérébraux : délire terminal, psychose des cancéreux, psychose polynévritique, somnolence et narcolepsie, coma. La pathogénie de ces accidents réside tout entière dans les toxines du cancer et l'auto-intoxication par dégénérescence progressive des viscères; ils sont sans caractères spécifiques. La psychose des cancéreux, en particulier,

©BIUM

revêt tous les caractères qu'on rencontre très habituellement soit dans les délires infectieux, soit dans les délires auto-toxiques.

II. — *Le vertige paralysant ou kubisagari (maladie de Gerlier)*; par le Dr Gerlier, de Ferney-Voltaire (numéro de mars). — En 1884 et 1885, M. Gerlier signala une singulière maladie nerveuse qui venait de faire son apparition dans le bassin du lac Léman. Elle n'était cependant pas absolument nouvelle, quoique non encore décrite, et divers auteurs en signalèrent de petites épidémies antérieures. Elle règne dès longtemps au Japon, ainsi que l'a démontré Miura, de Tokio. Comme certaines maladies cryptogamiques, le vertige paralysant est soumis à des conditions climatériques particulières, et doit reparaître à certaines époques. Il se manifeste sous forme d'épidémies de maison caractérisées par des parésies momentanées s'accompagnant de troubles visuels et de douleurs vertébrales à irradiations, sans que l'intelligence ni la santé générale soient altérées.

On en observe trois types élémentaires : le type de l'endormi, le type du recueillement, le type de l'aveugle ivre, expressions qui forment image et donnent une idée de l'attitude différente des malades pendant l'accès.

Trois signes constituent l'accès de vertige paralysant, l'un principal, la parésie, et deux accessoires, les troubles visuels et la douleur vertébrale à irradiations. Parmi les parésies, le ptosis est la plus constante, il ne fait presque jamais défaut ; puis vient la parésie de la nuque (chute de la tête en avant), la parésie des membres supérieurs (paralysie du trayeur) ; la paralysie des membres inférieurs, la paralysie des abaisseurs de la mâchoire, des extenseurs du dos, de la langue, des lèvres et des joues, etc. Ces paralysies passagères ne frappent que les muscles soumis à la volonté, et de préférence les extenseurs ; elles sont bilatérales et symétriques avec prédominance à gauche, le plus souvent. Les troubles de la vision sont ceux du vertige : obnubilation, diplopie, photopsie, sans phénomènes psychiques.

Les douleurs vertébrales rappellent celles du torticolis, leur centre d'irradiation peut varier (foyer cervical, spinal, lombaire). L'accès est extrêmement bref (de une à dix minutes) ; dans l'intervalle des crises, la santé est normale. Il y a exagération des réflexes tendineux. Dans la majorité des cas, le déplacement suspend les accès ; la nuit exerce une influence calmante très nette. Miura les a vus se suspendre pendant la grossesse. Ils sont provoqués par certaines excitations réti-

©BIUM

niennes (celles qui causent le vertige ordinaire), la fatigue ou plus généralement le mouvement, la position baissée.

L'évolution complète du mal embrasse une durée de un à cinq mois. Son origine stabulaire ne saurait être révoquée en doute. Toutes les causes d'insalubrité de l'étable concourent à son éclosion. Là est le quartier général du microbe pathogène, d'ailleurs inconnu. Les animaux de l'écurie et de l'étable y sont réfractaires, mais non les chats et les poules.

III. — *De l'effet curatif de la démorphinisation sur des affections autres que la morphinomanie ;* par le Dr P. Sollier (numéro de juin). — Si paradoxal que cela puisse paraître, il arrive très souvent à la suite de la démorphinisation que l'affection primitive pour laquelle la morphine a été donnée (rhumatismes, affections hystériques, névralgies, dyspepsies, etc.) disparaisse elle-même en même temps que les phénomènes d'intoxication, et que le malade recouvre une santé meilleure qu'il n'a jamais eue. Le mécanisme de la démorphinisation rapide, le seul dont il s'agisse dans les cas cliniques rapportés par M. Sollier, expliquerait facilement ces faits. Sous l'influence de la violente réaction provoquée par le sevrage rapide, l'organisme rejette tous les germes infectieux ou toxiques qu'il pouvait avoir emmagasinés; c'est en quelque sorte une crise bienfaisante qui se produit, comme à la suite de certaines maladies infectieuses.

IV. — *Les accidents épileptiformes généralisés au cours de l'hémiplégie;* par le Dr Touche, de Brévannes (numéro de juillet). — De l'étude de quatre-vingt-dix-huit hémiplégiques, le Dr Touche déduit les considérations suivantes : les accidents épileptiformes ne sont pas un symptôme habituel de l'hémiplégie (huit fois sur quatre-vingt-dix-huit cas); leur apparition est tardive (entre trois mois et quatre ans); les attaques sont peu nombreuses, elles surviennent d'ordinaire sans cause occasionnelle ; elles n'ont rien qui les distingue des attaques épileptiques vraies; il y a une aura qui part de quelque partie du côté paralysé, la chute a lieu ordinairement sur le côté sain; les mouvements convulsifs présentent une prédominance dans le côté hémiplégié, mais dans tous les cas le côté sain participait aux phénomènes épileptiformes : enfin, le bromure se montre efficace.

Ces accidents épileptiformes se sont développés chez des malades dont l'hémiplégie s'est établie lentement, par conséquent à la suite de ramollisement (ce qu'indiquent d'ailleurs les

©BIUM

autopsies); ils se rencontrent presque constamment associés à des troubles sensitivo-sensoriels (affaiblissement, dans tous ses modes, de la sensibilité ; rétrécissement du champ visuel; diminution de l'acuité auditive). Il semble, en résumé, que les phénomènes épileptiformes généralisés des hémiplégiques impliquent nécessairement l'existence d'un ramollissement de la corticalité.

V. — *Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie sensorielle;* par le Dr Touche, de Brévannes (numéro de décembre). — Relation de neuf observations d'aphasie appartenant à divers types sauf au type moteur pur, où l'auteur met en regard des phénomènes observés pendant la vie les lésions constatées à l'autopsie. Ce travail clinique n'est pas susceptible d'être présenté sous la forme résumée, et ne comporte aucune conclusion.

A. Cullerre.

JOURNAUX ITALIENS

Rivista quindicinale di Psicologia, Psichiatria, Neuropatologia.

Année 1898.

I. — *La maladie des tics*, par le professeur E. Sciammana (numéro du 1er janvier). — Cet important travail sur un sujet cher à l'auteur, commence dans le numéro du 15 décembre du journal et se termine dans celui du 1er janvier. Nous en avons renvoyé ici l'analyse pour ne pas la scinder.

Après quelques considérations sur les mouvements anormaux en général (tremblements, convulsions cloniques, mouvements choréiformes), le professeur Sciammana dit qu'on donne actuellement le nom de *tics moteurs* ou *tics convulsifs* à des mouvements anormaux qui se répètent avec une physionomie suffisamment constante, mouvements plus ou moins circonscrits à un territoire limité, plus ou moins diffus, plus ou moins complexes, ayant pour caractère essentiel d'être intempestifs, quoique plus ou moins conscients et soumis à l'action de la volonté, qui ne peut les inhiber complètement. Les tics ainsi entendus n'ont rien de commun avec les tics vulgaires, crampes

cloniques rythmiques. Ceux dont il s'agit sont à l'origine des mouvements volontaires répondant à un but. Ce but oublié, le mouvement continue à se produire, parce que l'image du mouvement est restée fixée dans la conscience, et parce que l'éducation a rendu hyperactifs les centres moteurs eux-mêmes. Si on suppose que le siège de l'altération est le cortex (centres psycho-moteurs), on aura l'interprétation physio-pathologique du phénomène, qu'il s'agisse d'une excitation venue des voies sensorielles ou d'une image motrice réveillée par une idée.

Suivent sept observations de tics moteurs et trois observations de tics psychiques dont l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les tics moteurs sont le résultat d'images motrices fixées dans la conscience qui se ravivent rythmiquement parce qu'elles ont été évoquées à maintes reprises par imitation, suggestion, but professionnel, etc., ou parce qu'elles ont été excitées par des stimuli sensitifs (mouvements destinés à repousser une sensation désagréable ou à accomplir une mission biologique), ou parce que ces images motrices ont été associées à diverses idées qui ont reparu souvent dans la conscience (mouvements destinés à reproduire une sensation agréable, un but déterminé).

2° Les tics psychiques sont des impulsions motrices ou des états émotifs pénibles qui reparaissent rythmiquement en rapport avec des idées fixes. Les représentations autokinétiques peuvent acquérir transitoirement le caractère de véritables hallucinations motrices. Suivant l'étendue du trouble mental et le degré de faiblesse intellectuelle des sujets, ces formes psychopatiques peuvent se rapprocher des états psychosthéniques simples ou des états paranoïdes.

II. — *Suicide à deux chez des adolescents*, par les Drs Sante de Sanctis et B. Vespa (numéro du 15 janvier). — Il s'agit d'un double suicide accompli par deux jeunes garçons, l'un de seize ans, l'autre de quinze. Le plus âgé des deux se tua d'un coup de revolver, l'autre s'en tira quatre coups et ne réussit pas à se donner la mort. Une des balles s'était aplatie sur le pariétal gauche et fut extraite; l'autre pénétra au travers du temporal droit et glissa sous la paroi interne sans léser la dure-mère; la troisième, tirée dans la gorge se perdit dans la région latérale du cou; la dernière enfin, tirée dans l'abdomen, se logea dans les fausses côtes. Les deux adolescents avaient, avant de mourir, écrit à leurs parents et expliqué leur suicide en disant qu'ils se sentaient incapables de

©BIUM

supporter les peines qui les attendaient dans la vie. Ce qu'il y a de particulier dans ce double suicide, c'est qu'il ne s'agit pas de deux amis, mais en quelque sorte d'un maître et d'un élève, l'un suggestionnant, l'autre suggestionné. Ce sont deux dégénérés dont l'aîné apparaît comme un philosophe pessimiste en miniature qui a conscience de sa faiblesse, qui se sait incapable d'effort, véritable intoxiqué de fatigue. L'autre, le survivant, est insensible, peu intelligent, apathique et très malléable de caractère. Le travail est accompagné des photographies des deux sujets et d'une statistique du suicide chez les adolescents en Europe et dans quelques Etats d'Amérique de 1889 à 1893. Il renvoie pour les détails bibliographiques, à la très complète revue donnée par Sighele, dans son ouvrage *la Coppia criminale* (*Bocca edit.*, 1897).

III. — *Contribution à l'étude clinique du tabes*, par le Dr G. Pardo (numéro du 1er février). — L'auteur donne une observation très complète de tabes survenu chez un ancien syphilitique. Ce qui caractérise ce cas c'est la présence d'accès épileptiques nocturnes, accompagnés ou remplacés par des rêves (équivalents oniriques de Sante de Sanctis) et l'apparition de bouffées de délire de persécution avec hallucinations. L'auteur se rallie à la théorie du mécanisme toxique de détermination des crises épileptiques et des crises tabétiques (douleurs fulgurantes et troubles psycho-sensoriels). Il discute et repousse l'hypothèse d'une paralysie générale, en se fondant sur la conservation du pouvoir d'analyse, des troubles morbides dont fait preuve son sujet.

IV. — *Epilepsie auto-toxique d'origine hépatique*, par le Dr Corrado Ferrarini (numéro du 15 février). — La subordination de troubles nerveux à une affection hépatique préexistante est admise par beaucoup d'auteurs. Mais dans la plupart des observations le rapport de cause à effet n'est pas toujours absolument évident. L'auteur a eu la bonne fortune de suivre un cas d'épilepsie dans lequel l'origine auto-toxique de nature hépatique lui a paru suffisamment certaine. Le sujet a fait plusieurs séjours au Manicome de Lucques. Chaque fois il présentait un état hépatique marqué, accompagné de séries de crises épileptiques. L'état général s'améliorant, les crises allaient en s'espaçant et disparaissaient peu à peu. Étant données les expériences d'Axenfeld et de Bickel qui ont démontré l'action excitante et même convulsivante de la bile appliquée sur la surface cérébrale ou injectée dans la carotide, il y a lieu

d'admettre dans le cas présent une action épileptisante des pigments biliaires en excès dans le sang, excès démontré par de nombreuses analyses d'urines faites au cours de l'observation.

V. — *Rapports étiologiques entre le rêve et la folie*, par le Dr Sante de Sanctis (numéro du 15 février-1er mars). — C'est la suite et la fin de la communication de l'auteur au Congrès de Bruxelles (septembre 1897) dont nous avons analysé la première partie avec la revue de l'année 1897.

Le rêve peut provoquer un état psychopathique, c'est là une notion acquise en psychiatrie. Ce qu'on ne sait pas encore bien, c'est la manière dont cela se produit. Le but de ce travail est précisément de déterminer les diverses manières dont le rêve peut devenir l'occasion de troubles psychiques transitoires ou permanents.

Or il y a, pour le rêve, deux manières fondamentales de faire naître une forme psychopathique.

1° Ou bien il agit comme un trauma psychique ou une cause déprimante : dans ce cas, la forme mentale qui en dérive doit s'interpréter comme une névrose ou une psychose traumatique ou comme une forme d'épuisement.

Les caractères de ces états neuro-psychopathiques sont : *a*) de se montrer chez des prédisposés et le plus souvent chez des hystériques ou des neurasthéniques, *b*) d'avoir le type des formes légères d'épuisement, *c*) d'être transitoires.

2° Ou bien c'est la *matière* même du rêve qui passe dans la veille, suspendant ou interrompant ou troublant le cours régulier des associations cérébrales de la vie consciente du sujet.

Il est fréquent de voir l'émotion d'un rêve passer dans la conscience de la veille. C'est là, quand il est léger, un fait quasi-physiologique. Il devient pathologique quand l'émotion du rêve se prolonge outre mesure, ou avec une certaine intensité, ou quand elle devient le noyau de nouvelles associations émotionnelles ou idéatives, quand elle donne lieu à des idées morbides ou à des explications délirantes, quand enfin elle se transforme en une attaque motrice (hystérique) (états émotionnels ou hallucinatoires oniriques prolongés, états émotionnels ou hallucinatoires post-oniriques, états transitoires de croyance onirique, états mixtes).

Tous ces états ne sont pas des psychoses, mais plutôt des états psychopathiques, et la dénomination d'états de rêve (*stati sognanti*) leur convient bien, et il faut dorénavant en admettre deux classes :

©BIUM

1° Ceux qui ont avec le rêve un rapport de ressemblance;

2° Ceux qui ont avec le rêve un rapport étiologique ou de cause à effet : états de rêve proprement dits.

L'étude se termine par l'exposition de troubles morbides, qui, au lieu d'être transitoires comme les précédents, ont une évolution plus longue et méritent le nom de psychoses provoquées par les rêves ou psychoses oniriques. Suivent plusieurs observations très intéressantes.

Cette étude comporte une conclusion pratique : quand une psychose a été déterminée par un rêve, on peut employer un traitement spécial, la provocation de rêves artificiels, soit à l'état de sommeil physiologique, soit pendant le sommeil hypnotique, puis se servir du souvenir de ces rêves artificiels pour y faire adapter de nouvelles associations d'idées ou y ajouter des suggestions à l'état de veille.

VI. — *Contribution à l'étude de la paralysie spasmodique cérébrale infantile*, par le Dr G. Mondio, de Messine (n° du 15 mars). — L'auteur publie l'observation d'un enfant de treize ans, né d'un père épileptique et alcoolique et d'une mère qui a été aliénée pendant la grossesse, avec crises convulsives en même temps, dont la maladie, apparue à l'âge de trois ans, débuta par une rétraction musculaire des membres inférieurs et supérieurs droits et entraîne actuellement une déformation permanente. A trois ans l'enfant parlait à peine et ne marchait pas seul. C'est actuellement un idiot, paraissant huit ans à peine. Le bras droit est en abduction, l'avant-bras en demi-flexion et demi-pronation, la main en extension; les premières phalanges en extension sur les métacarpiens, les deuxièmes et troisièmes phalanges en flexion sur les premières. Les mouvements volontaires des divers segments du membre sont tous possibles, mais plus limités à droite qu'à gauche, à cause de la contraction. Pas de troubles trophiques apparents. Quelques mouvements athétosiques. Le membre inférieur présente des troubles analogues. La station debout est impossible. L'auteur pense qu'il s'agit ici d'une sclérose cérébrale localisée aux centres corticaux des régions motrices de l'hémisphère gauche. Au point de vue étiologique on ne relève que l'existence de la maladie mentale de la mère, avec crises convulsives du troisième au quatrième mois de la grossesse.

VII. — *Un cas d'hystérie masculine*, par le Dr A. Zéri, de Rome (n° du 1er avril). — Un paysan, âgé de cinquante-sept ans, entre à la Clinique médicale du professeur Bacelli pour des

troubles nerveux consistant en fugues, attaques de polypnée, crises d'angoisse et enfin attaques de danse (*attacchi di ballismo*) qui surviennent spontanément et qu'on peut provoquer. Les attaques spontanées durent de une demi-heure à trois, quatre heures, les attaques provoquées sont très courtes (quelques minutes). L'attaque spontanée est la plus intéressante. Le malade sent en lui-même le besoin de danser, il en avertit les assistants et prend la pose du danseur romain. Puis il danse en battant la mesure avec ses mains sans arrêt, sans fatigue, sans sueur. Après l'attaque, il éprouve une sensation de soulagement.

Il n'y a absolument rien dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade. Mais un an avant, à cinquante-six ans, il a eu une pneumonie, et au cinquième ou sixième jour il a été pris du besoin de hurler et d'aboyer comme un chien. Puis les fugues se sont produites et les autres accidents nerveux signalés ici. L'auteur rapporte à l'hystérie tous les accidents, y compris les attaques de danse provoquées, et pense que les attaques spontanées relèvent de la psychasthénie.

VII. — *Modifications des perceptions visuelles sous l'influence des sensations gustatives simultanées. Recherches expérimentales sur des adultes et des enfants*, par les D^rs S. de Sanctis et B. Vespa (n° du 15 avril). — Les recherches ont porté sur treize sujets, dont trois malades (un dégénéré, un mélancolique et un paralytique). Les expérimentateurs mesuraient le champ visuel en même temps qu'ils faisaient goûter aux sujets différents mélanges, salés, acides, sucrés ou amers. Il semble que sous l'influence des sensations gustatives, le champ visuel varie, la plupart du temps, en moins; les résultats sont surtout nets chez les sujets peu intelligents, et c'est la saveur amère qui paraît donner les plus grandes variations.

VIII. — La *valeur psychologique de l'énigme. Enquête sur l'idéation populaire*, par le D^r V. Giuffrida-Ruggieri (n° du 1^er mai). — Il n'est pas très facile d'analyser la psychologie collective. L'auteur en entrevoit un moyen dans l'examen d'un recueil d'énigmes siciliennes (plus de 900) publié par Pitri. Il y a là des définitions variées d'un même objet qui permettent de reconnaître diverses orientations mentales. C'est ainsi qu'on rencontre le type *descriptif*, le type *observateur*, le type *érudit*, le type *émotionnel*, le type *imaginatif* ou *poétique*, et enfin le type *humoristique* de ces définitions qui constituent l'énigme.

L'auteur donne quelques exemples intéressants de ces divers

©BIUM

types d'idéations, et pense que le type humoristique est fréquent ainsi que le type imaginatif. Il ouvre ainsi une voie à des recherches curieuses.

IX. — *Un cas de myasthénie pseudo-paralytique à cours rapide, terminé par guérison*, par le Dr G. Montesano (n° du 15 mai). — L'auteur a déjà eu l'occasion de publier un cas de maladie d'Erb en 1895. Il en donne aujourd'hui un second dans lequel le syndrome s'est développé à la suite d'un bain froid pris au cours de la digestion. La maladie a évolué très rapidement et a guéri en quatre-vingts jours, tandis que le premier cas se maintient depuis trois ans sans modifications.

X. — *Episode paranoïque prodromique d'attaque épileptique*, par le Dr G. Pardo (n° du 31 mai). — Chez une femme de trente-sept ans épileptique depuis neuf ans, à la suite d'une couche, apparut un délire de persécution fondé sur des hallucinations auditives qui se termina à la suite d'une série d'attaques convulsives. La malade avait présenté un curieux symptôme, l'écho de l'action, analogue à l'écho de la pensée de Cramer : chacune de ses actions, même insignifiante, était accompagnée d'une hallucination auditive terminant l'action, par exemple : « Voilà X... qui met de l'eau sur le feu », etc.

Après disparition du délire la malade en garda un parfait souvenir. Dès lors l'auteur se demande s'il s'agit ici d'un équivalent épileptique ou d'un délire surajouté. Il conclut en faveur de la première hypothèse, malgré la persistance du souvenir.

XI. — *Anatomie pathologique et pathogénie du délire aigu. Recherches cliniques et anatomo-histologiques*, note préliminaire par le Dr A. Cristiani, de Lucques (n° du 15 juin). — L'auteur rend compte de ses recherches par les méthodes de Nissl, de Golgi, de Weigert, et Weigert-Pal, de coloration à la nigrosine, et au carmin aluné, dans trois cas de délire aigu. Il a examiné le cortex au niveau des lobes préfrontaux et des circonvolutions centrales, le cervelet, le corps dentelé, le bulbe, la moelle spinale aux régions cervicale, dorsale et lombaire, les racines antérieures et postérieures et le nerf moteur oculaire commun, grand hypoglosse, sciatique et médian.

De ces recherches minutieuses il conclut que toutes ces parties sont atteintes. Les lésions sont diffuses, mais le maximum des lésions se trouve dans l'écorce cérébrale. Vient ensuite le corps dentelé. Le cervelet est le moins touché. La lésion est une lésion primitive des cellules et des fibres nerveuses et sa description correspond à celles de Marinesco et de Vassale.

©BIUM

Elle est analogue à celle des intoxications et des infections. Les altérations nerveuses et médullaires expliquent les profonds troubles trophiques du délire aigu. Ce travail, très consciencieux, fera certainement date dans l'histoire du délire aigu. On en pourra lire la traduction complète dans le Rapport du Dr Carrier au XIIIe congrès des Médecins aliénistes et neurologistes (Du délire aigu).

XII. — *Un syndrome simulant la maladie d'Erb-Goldflamm*, par le Dr A. Angelini (n° du 30 juin). — La maladie d'Erb est, comme l'on sait, une maladie chronique progressive, dont la caractéristique fondamentale est un syndrome clinique bien défini qui consiste en un curieux phénomène de lassitude qui frappe, pour peu qu'ils travaillent, les muscles chargés de diverses fonctions (ceux des membres, du langage, de la mastication, des yeux) avec cette propriété particulière, qui le distingue des parésies ordinaires, de présenter en un court espace de temps des reprises et des pertes très importantes de l'énergie musculaire.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un syndrome clinique, évoluant dans une sphère de fonctions plus élevées, et qui avait beaucoup de points de contact avec la maladie d'Erb, bien qu'il ne s'agisse aucunement de cette maladie, mais bien, à ce que croit l'auteur, d'un cas d'hystérie, d'une « simulation fonctionnelle du syndrome d'Erb-Goldflamm » dans lequel les centres corticaux supérieurs n'étaient pas capables d'un effort de volonté durable, mais pouvaient accomplir un travail d'une façon semi-automatique, c'est-à-dire sans effort.

XIII. — *Un retour sur la prétendue « Image visuelle cérébrale »*, par le professeur G. Sergi (numéro du 15 juillet). — Réponse au professeur Vizioli qui démontre que l'image visuelle qui se projette dans le champ visuel est cérébrale et non rétinienne, tandis que l'auteur la regarde comme rétinienne, produite, dans les conditions normales, par les excitations lumineuses qui provoquent un processus physico-chimique dans la rétine et un processus nerveux centripète jusqu'aux centres cérébraux où se fait une élaboration psycho-physiologique, et un retour de l'excitation ainsi élaborée jusqu'aux deux rétines ; de là enfin la projection et la localisation dans l'espace des images rétiniennes, ce qui est la loi générale pour tous les phénomènes sensoriels. L'auteur regarde comme incompréhensible pour lui l'idée d'une image cérébrale semblable à l'image rétinienne, déterminée et colorée comme elle.

©BIUM

XIV. — *Considérations sur la syphilis cérébrale et la paralysie générale vraie;* par le Dr Duchâteau (de Gand) (en italien) (numéro du 1er août). — L'auteur ne croit pas à l'origine syphilitique fatale de la paralysie générale et discute à ce point de vue deux observations de l'examen desquelles il conclut en faveur de sa thèse : la première de ses observations se rapportant à une syphilitique, ancienne prostituée, et la seconde à une non syphilitique. Il lui semble qu'on peut même faire un diagnostic différentiel en se fondant sur la différence d'évolution entre la paralysie générale syphilitique et la paralysie générale vraie, la première durant beaucoup plus longtemps, et s'accompagnant de symptômes de lésions en foyer.

XV. — *Obsessions et idées fixes;* par le Dr Sciamanna (numéro du 1er août). — Note critique, à propos du nouveau travail de MM. Pitres et Régis : Séméiologie des obsessions et idées fixes, *Arch. de Neurol.*, n° 23, 1897, que l'auteur examine avec toute la compétence que lui donnent ses travaux sur les tics dont nous venons de rendre compte.

XVI. — *Recherches sur la structure et la myélinisation du cervelet humain*; par le Dr Sante de Sanctis (numéros des 15 août et septembre). — L'auteur ne donne ici qu'un résumé de ses recherches publiées intégralement dans le *Monatsschrifft für Psychiatrie*, 1898, avec des figures. Il a étudié le cervelet du fœtus, de nouveau-nés et d'adultes, et les coupes faites dans deux sens lui ont permis de préciser la disposition de la commissure cérébelleuse. Il admet que les deux faisceaux de Stilling ne forment qu'un seul système commissural à myélinisation très précoce débutant par le bras antérieur en un point qu'il appelle *zone commissurale centrale.* Les pédoncules cérébelleux supérieur et inférieur se myélinisent les premiers, le pédoncule moyen le dernier, fait en harmonie avec la phylogenèse, ces derniers n'apparaissant que chez les oiseaux et ne devenant évidents que chez les mammifères.

XVII. — *L'odorat chez la femme*; par le professeur S. Ottolenghi (numéro du 1er septembre). — Notre critique relevant une appréciation de Garbini qui trouvait ces résultats en contradiction avec ses observations. Ottolenghi explique cette contradiction apparente et maintient ses résultats qui prouvent que chez la femme le sens de l'odorat est un peu moins développé que chez l'homme.

XVIII. — *Contribution à l'étude des encéphalites non suppurées*; par le Dr A. Carducci (numéro du 1er septembre). —

©BIUM

Précédées d'une revue historique de la question, accompagnées d'une étude anatomique du corps calleux et d'autopsies détaillées, les deux observations que rapporte l'auteur sont des plus intéressantes. L'une a trait à un alcoolique mort rapidement avec des symptômes convulsifs et comateux, chez lequel l'autopsie a montré une lésion rare, la dégénérescence de la couche intermédiaire du corps calleux, lésion d'apparence systémaque, en réalité diffuse ; l'autre se rapporte à un syphilitique mort dans des conditions semblables, avec des lésions de méningo-encéphalite embolique qu'après une intéressante discussion l'auteur rattache à une action infectieuse surajoutée à la syphilis et due à la grippe. Il n'a pas été retrouvé de bacilles dans le cerveau ; mais on a constaté dans l'exsudat méningé l'existence d'un bacille présentant les caractères du bacille de Pfeiffer.

XIX. — *Phénomènes hystériques chez les pleurétiques* (*istero-pleurismo*) ; par le professeur V. Pensuti (numéro du 15 septembre). — Au cas de Sante de Sanclis, et à la revue de Jeanselme (Accidents nerveux consécutifs à la thoracentèse et à l'empyème), l'auteur en ajoute trois autres se rapportant à des pleurétiques devenus hystériques avec symptômes prédominant du côté de la lésion pleurale. Cet ensemble de faits lui paraît justifier la création du groupe clinique *Hystéro-pleurisme*, branche de l'hystéro-traumatisme. L'insistance avec laquelle il appuie sur les tares tuberculeuses des sujets fait comprendre que l'auteur admettrait volontiers l'origine infectieuse des troubles hystériques chez les prédisposés.

XX. — *Criminalité précoce* (kleptomanie) ; par le Dr L. Ferriani (numéro du 15 septembre). — Trois observations de jeunes gens de dix-neuf, dix-huit et seize ans, kleptomanes, descendants d'alcooliques et de névropathes qui ont tous subi des condamnations pour vol et ont fini par échouer à l'asile.

XXI. — *La toxicité des urines dans les équivalents épileptiques ;* par le Dr E. Tramonti (numéro du 1er-15 octobre). — L'urine émise après quelques équivalents épileptiques contient des substances éminemment toxiques qui exercent une action physiologique presque constante sur les animaux soumis à l'expérience. Cette constatation importante répond à une objection grave à la théorie toxique de l'épilepsie, objection fondée sur l'idée que la toxicité exagérée des urines après les accès classiques était due à l'énorme travail musculaire

©BIUM

accompli pendant l'accès. Or, dans l'étude de l'auteur, il s'agit de faits où le travail musculaire est nul ou tout au moins incapable d'augmenter d'une manière notable la toxicité urinaire.

Dans les vingt-quatre heures avant l'équivalent, il y a notable hypotoxicité de l'urine. Ce fait peut être expliqué par la raison suivante. L'auteur a usé des extraits éthérés qui ne contiennent que les bases organiques, et laissent de côté les substances inorganiques qui dans les urines normales ont une action très probable.

L'hypertoxicité des urines après les équivalents est due uniquement aux substances organiques.

Telles sont les principales conclusions du travail dans lequel le Dr Tramenti a étudié les urines dans l'automatisme ambulatoire, les équivalents oniriques, les paresthésies avec sentiment d'angoisse, l'accès de fureur avec automatisme verbal et palinphrasie, les paresthésies génitales, et l'automatisme ambulatoire nocturne (état somnambulique). Il y voit la confirmation de la théorie toxique de l'épilepsie, un moyen de diagnostic pour les états épileptiques larvés et regrette de n'avoir pu dégager la loi du rapport entre l'indice de toxicité et la gravité de l'équivalent morbide, à cause du trop petit nombre de cas (six) qu'il a pu étudier.

XXII. — *Première contribution à la connaissance de l'évolution des délires et de ses rapports spéciaux avec les affaiblissements psychiques consécutifs*; par les Drs S. de Sanctis et A. Mattoli (nos des 15 octobre et 1er novembre). — C'est une question peu connue que les modifications imprimées par le temps aux délires et aux autres troubles psychiques des incurables. Les auteurs n'ont pas la prétention de l'élucider à fond dans le travail préliminaire qui occupe deux numéros de la revue et porte sur quarante observations résumées. Ils en tirent néanmoins des données fort intéressantes, sous toutes réserves, disent-ils.

Le caractère d'un malade était-il triste, exalté ou hostile et devient-il variable, indifférent ou apathique, c'est un signe d'affaiblissement psychique, bien que le contraire puisse exister, notamment chez les mélancoliques qui présentent souvent dans leur marche à la démence une *Stéréotypisation de la tristesse.*

Un délire s'étend-il en diminuant d'intensité, par exemple un persécuté augmente-t-il le nombre de ses ennemis, c'est encore un signe d'affaiblissement. Aussi les auteurs admettent trois grandes périodes dans les délires paranoïques.

©BIUM

a) Une période de construction ou de formation ;

b) Une période de spécification ou de personnification (systématisation du délire) ;

Et *c*) Une période d'extension ou d'illustration ou de généralisation (période initiale de décadence psychique).

L'apparition de persécutions physiques succédant à des persécutions morales est encore un signe d'affaiblissement psychique. Schüle a parlé de paranoïas cérébrales et de paranoïas cérébro-spinales. Il y aurait marche à la décadence quand les symptômes spinaux succèdent aux symptômes purement cérébraux. La plus grande partie des aliénés, quelle que soit la forme psychopathique primitive, tombent à un certain moment sous la domination de certaines idées que les auteurs allemands désignent sous l'appellation générale d'*hypocondriaques* ; ce sont des paresthésies simples ou des illusions tactiles, musculaires ou anesthésiques, ou des hallucinations de la sensibilité générale ou même psychiques. Eh bien, le *délire paresthésique* est un signe encore de décadence mentale.

Signes de même ordre et de même valeur, les néologismes, pseudo-néologismes, déformations de mots, paralogismes, symbolisme et automatisme verbal, ainsi que les monologues qui vont, à mesure que l'affaiblissement des facultés augmente, en devenant plus fréquents et moins déguisés.

Les auteurs se bornent à ces premières déductions et renvoient à plus tard l'étude des facteurs psychologiques de la transformation des symptômes psychiques et de l'évolution des délires.

XXIII. — *Un cas de paralysie progressive chez l'enfant d'une mère tabétique paralytique* ; par le Dr Giannelli (numéro du 15 novembre). — Observation très détaillée d'une femme de quarante-quatre ans qui contracta, de son mari, trois ans après le mariage, une maladie caractérisée par des ulcères, traités seulement à l'acide borique et au permanganate de potasse. Elle eut à la suite des douleurs rhumatoïdes, à siège divers, et une chute de cheveux ; cinq ans après son mariage, deux ans après l'infection, avortement à quatre mois ; l'année suivante, deuxième avortement à sept mois. Traitement par l'iodure de potassium. Amélioration et accouchement d'un enfant qui meurt à l'âge de trois mois. Nouveau traitement de KI, amélioration nouvelle de l'état général et accouchement dans la dixième année du mariage d'un enfant bien portant qui se développa normalement jusqu'à l'âge de huit ans environ, où il devint malade *d'eau dans le cerveau*, raconte le père.

©BIUM

La malade, suivie de février à octobre 1898, présentait des signes de tabes et de paralysie générale. Le traitement spécifique n'eut aucune action. Elle mourut de pneumonie. L'autopsie ne put porter que sur le cerveau et montra les lésions habituelles de la périencéphalite. Pas d'examen de la moelle.

L'enfant devint malade à huit ans. Affaiblissement intellectuel progressif. Signes physiques de paralysie générale. Dents de Hutchinson, plagiocéphalie, palais étroit et profond. Plus tard, attaques épileptiformes, et mort en attaque avec Cheyne-Stokes.

Le père n'autorisa que l'examen superficiel du cerveau; on put constater des adhérences piemériennes étendues et profondes. Les circonvolutions étaient réduites de volume et séparées par des sillons larges et profonds, l'écorce réduite, et les ventricules très dilatés.

L'auteur se déclare absolument partisan de l'origine syphilitique de la paralysie générale juvénile. Cette maladie est, dit-il avec Thiry, surtout une manifestation parasyphilitique. Quant aux autres maladies infectieuses, elles n'agissent que pour mettre en lumière une paralysie générale latente. Dans son cas, l'origine syphilitique de la maladie est des plus évidentes.

XXIV. — *Deux sœurs microcéphales*; par le Dr Sciamanna (numéro du 30 novembre). — Observation intéressante et très complète au point de vue des antécédents héréditaires. Côté paternel sain. Côté maternel malade. Grand-père ivrogne habituel. Grand'mère migraineuse. Mère hystérique. L'auteur fait remarquer que la grand'mère paternelle avait la tête un peu petite. C'est peut-être elle qui a influé sur la dégénérescence émanant de l'autre ligne pour l'orienter dans le sens microcéphalique. L'observation se termine par un parallèle entre l'intelligence des deux sujets de l'observation et celle des chiens.

XXV. — *Contribution clinique à l'étude des dysphrénies névralgiques*; par le Dr Salvolini Urbano (numéro du 15 décembre). — Le but de l'auteur est d'étudier les altérations localisables au système nerveux périphérique qui ont pour effet, chez les prédisposés, de troubler les harmonies psychiques, au point de déterminer des troubles qui méritent le nom de psychoses ou du moins d'états psychopathiques.

Après un exposé complet de l'historique, il donne cinq observations se rapportant à des types divers, dont la principale a trait à une malade qui présentait une sorte de folie circulaire à accès en rapport avec des douleurs névralgiques. Th. Taty.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Revue des thèses soutenues devant la Faculté de Médecine de Toulouse pendant l'année scolaire 1901.

I. — *Contribution à l'étude de l'instinct sexuel et de ses transformations dans les maladies mentales;* par le Dr S. Spassof. — Spassof reproduit un intéressant questionnaire détaillé établi par Coulonjon pour la recherche des modifications de l'instinct sexuel et étudie les variations de cet instinct dans diverses maladies mentales; son travail un peu sommaire ne se termine pas par des résultats précis.

II. — *Essai de psychopathologie sur l'amnésie hystérique et épileptique;* par le Dr Bazerque. — Cette thèse a pour base deux observations d'automatisme avec amnésie dont l'auteur fait des équivalents de crises hystériques.

III. — *Essai d'un nouveau traitement des maladies mentales et de l'épilepsie;* par le Dr L. Catala. — Catala ayant remarqué les effets bienfaisants de certaines pyrexies sur quelques aliénés, et reprenant pour son compte les idées qui ont conduit Lannois à traiter les épileptiques au moyen de toxines microbiennes, a essayé ce traitement chez des aliénés : « Donner, dit-il, à nos malades une infection microbienne artificielle que l'on pourrait doser et graduer à volonté, que l'on pourrait de même faire cesser lorsqu'on le désirerait, dont on aurait enfin les avantages sans en avoir les risques et les inconvénients, tel est notre idéal. » Il choisit des malades de santé suffisante, à phénomènes morbides nets, incurables et consentants. Il emploie la toxine de streptocoque de l'Institut Pasteur à la dose de un centimètre cube par jour, qui lui a paru la meilleure après quelques tâtonnements ; il crée ensuite des abcès aseptiques. Il a obtenu des améliorations dans plusieurs cas.

IV. — *Considérations sur les manifestations hypocondriaques dans le cours de l'épilepsie* ; par le Dr Aujaleu. — Les accès convulsifs sont souvent suivis ou précédés d'accès délirants à forme hypocondriaque. L'ordre d'apparition, la durée

©BIUM

et l'influence de cette forme de délire sur la névrose sont variables ; il semble que dans certains cas le délire à forme dépressive puisse former un équivalent épileptique.

VICTOR PARANT fils.

L'edonale come ipnotico negli alienati (L'hédonal comme hypnotique chez les aliénés) ; par le Dr Ant. d'Orméa. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino del nimacomio di Ferrare*, 1901.

Etude clinique portant sur une quinzaine de sujets atteints de formes variées d'aliénation avec un symptôme commun, l'insomnie. Les effets du médicament employé sous différentes préparations et observés soigneusement sont résumés par l'auteur dans les conclusions suivantes :

L'hédonal a sur beaucoup d'autres hypnotiques l'avantage de n'occasionner aucun trouble pendant ou après le sommeil ; il peut sans inconvénient être employé à toutes doses selon les besoins. A la dose de 1 gramme, il produit déjà une action hypnotique dans l'insomnie tranquille ou légèrement excitée, tout en demeurant un bon calmant dans les psychoses avec excitation grave.

A la dose de 2 à 3 grammes, il produit plusieurs heures de sommeil tranquille et bénéficie encore dans les formes d'insomnie accompagnant une forte agitation motrice. A l'usage prolongé et continu, il perd facilement son efficacité. Ce médicament mériterait donc une place parmi les meilleurs hypnotiques dans la psychothérapie, et son administration pourrait utilement être alternée avec celle de médicaments similaires.

R. CHARON.

Progecto de creacion de un servicio especial policial para asistir a los alcoholistas detenides (Projet de création d'un service spécial de police pour l'assistance des détenus alcooliques). Note présentée au préfet de police de Buenos-Ayres, par le Dr F. de Veyga. Broch., in-8°. Extrait de la *Semana medica*, Buenos-Ayres, 1901.

L'auteur passe en revue les graves inconvénients que présente partout, surtout dans la capitale de la république Argentine, la façon dont sont traités les alcooliques et les ivrognes. Les

faits présentés par le Dr de Veyga sont de tous les pays d'Europe; le mal progresse malgré tout ce que peuvent faire les lois et les associations, exemple, la France, l'Allemagne, etc.

L'auteur reconnaît l'utilité d'un traitement et d'un régime spéciaux pour les ivrognes et les alcooliques. Il propose la création d'un établissement spécial dépendant de la police, et où tous les délinquants en puissance d'alcool devraient être traités d'office.

R. Charon.

De la regeneracion como ley opuerta a la degeneracion morbida (De la régénérescence comme loi opposée à la dégénérescence morbide). Communication au congrès médical Latino-americain de Santiago de Chile, 1900, par le Dr F. de Veyga. Broch., in-8°. Extrait de la *Semana medica*, Buenos-Ayres, 1901.

Discussion déductive et simplement théorique et dont les arguments, tirés seulement de la comparaison de lois générales de la physiologie, tendent à démontrer :

1° Que les fondements de la doctrine de la *dégénérescence* (fatalité de l'hérédité, aggravation progressive des accidents dégénératifs de génération en génération) sont non seulement pessimistes, mais faux.

2° Qu'au contraire tout organisme dont la constitution s'est écartée de l'état normal tend constamment à revenir à cet état normal.

3° Que si la dégénérescence se transmet par l'hérédité, son action, dans tous les cas, comme phénomène d'hérédité ou d'acquisition individuelle, est contrebalancée par la tendance spontanée à la régénérescence.

R. Charon.

L'hypnotisme scientifique; par le Dr Crocq, agrégé de la Faculté de médecine de Bruxelles. In-8° de 600 pages, 2e édition, Société d'éditions scientifiques, Paris, 1900.

Le point de départ de ce livre a été d'éclairer les pouvoirs publics de Belgique sur la valeur de l'hypnotisme, d'exposer autant que possible l'état de la question et de discuter ensuite les faits si controversés de cette branche des connaissances scientifiques.

©BIUM

Mais dans cette seconde édition, le programme de l'ouvrage s'est considérablement étendu : il vise à embrasser « l'exposé et la discussion de toutes les questions se rapportant à l'hypnotisme et à la suggestion ».

La première édition ne comprenait que six chapitres ; celle-ci en comprend vingt-deux. Chacun d'eux, établi sur un plan uniforme, se compose d'un résumé, sur une question donnée, des opinions des écoles de la Salpêtrière et de Nancy et des principaux auteurs qui ont traité de l'hypnotisme, et d'une discussion de ces opinions suivie des conclusions personnelles de l'auteur toujours marquées au coin d'un éclectisme prudent et modéré. Ainsi sont passés en revue les différentes phases du sommeil hypnotique, les modifications de la sensibilité et de l'intelligence, les différentes formes de l'hypnose, la suggestion mentale, les phénomènes psychiques occultes, la psychothérapie, etc.

C'est, comme on le voit, une œuvre de critique, ou moins solennellement, un livre de vulgarisation où ceux qui n'ont pas d'opinion personnelle sur les questions d'hypnotisme pourront trouver d'utiles inspirations.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La puberté chez l'homme et chez la femme, étudiée dans ses rapports avec l'anthropologie, la psychiatrie, la pédagogie et la sociologie ; par le Dr Antoine Marro. Traduction de l'italien par le Dr G.-P. Medici, avec une préface du Dr Magnan. 1 vol. in-8° de 536 pages avec 4 planches et 4 figures dans le texte. Paris, Schleicher frères, 1901.

— L'audition ; par Pierre Bonnier. 1 vol. in-12 (276 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1901.

— Forty-third annual report of the general board of commissionners in Lunacy for Scotland. 1 vol. in-8°, LXXX-172 pages. Glascow, 1901.

— Les maladies de l'orientation et de l'équilibre ; par le professeur J. Grasset. 1 vol. in-8° (291 pages) cart. à l'anglaise, de la *Bibliothèque scientifique internationale*. Paris, Félix Alcan, 1901.

— Die akuten Geisteskrankheiten des Gewohnheitstrinker

©BIUM

(Les maladies mentales aiguës des buveurs d'habitude) ; par le Dr K. Bonhoeffer, privat-docent à Breslau. 226 pages in-8°. Iena. Gustav. Fischer, 1901.

— La psychologie ethnique ; par Ch. Letourneau, professeur à l'Ecole d'anthropologie. 4 vol. in-12 de 556 pages, de la *Bibliothèque des sciences contemporaines*. Paris, Schleicher frères, 1901.

— L'hypnotisme et les suggestions hypnotiques ; par le professeur J. Vires. 62 pages in-8. Montpellier, Coulet et fils, 1902.

— L'année psychologique, publiée par Alfred Binet, avec la collaboration de H. Beaunis et Th. Ribot. Septième année. 1 vol. in-8° de 854 pages. Paris, Schleicher frères, 1901.

— La responsabilité pénale des criminels dégénérés sans délire. Rapport du Dr Frigerio, médecin directeur de l'asile d'Alexandrie. 3 pages in-8°, s. l. n. d.

— Bradycardie par compression du nerf pneumogastrique droit ; autopsie. Observation présentée par le Dr Paul Masoin, médecin à la colonie de Gheel. 11 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. Bruxelles, 1901.

— Criminel homicide par fétichisme érotique. Communication du professeur Frigerio, d'Alexandrie. 1 page in-8°, s. l. n. d.

— Sulla morte apparente ed il nitrito d'amile ; par le Dr Luigi Frigerio. 2 p. in-8°. Extrait de l'*Archivio di psicahiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Vol. XXI. Fasc. III.

— Internement et états physiques graves ; par le Dr Viallon. 15 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical de Lyon*, 1901.

— La diatesi criminosa ; par le Dr Luigi Frigerio. 5 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, 1900.

— De la sortie prématurée des aliénés ; par le Dr Stéphane Pallut, ex-interne aliéniste. 96 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1901.

— La névrose d'angoisse. Etude historique et critique ; par le Dr Paul Hartenberg. 1 vol. in-8° de 83 pages. Paris, Félix Alcan, 1902.

— Note on a new form of aesthesiometer ; par le Dr Graham Brown. 4 pages in-8°, avec fig. Extrait du *Journal of Physiology*, septembre 1901.

— Histoire d'un tiqueur (tics variables, tics d'attitude) ; par le Dr Henry Meige. 27 pages in-8°. Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1901.

CBIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 26 *janvier* 1902 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le Dr Magnan (Valentin-Jacques-Joseph), médecin en chef à l'asile clinique Sainte-Anne, à Paris. Chevalier du 29 décembre 1885 ;

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr Rueff (Adolphe), médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, médecin du bureau de bienfaisance depuis 1881. Vingt et un ans de services.

— *Arrêtés de décembre* 1901 : MM. les Drs Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), et Chevalier-Lavaure, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers), sont promus à la 2e classe de leur grade (6.000 fr.) ;

M. le Dr Marchand, 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 Bailleul (Nord) ;

M. le Dr Malfilatre, directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), est promu à la première classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêtés de janvier* 1902 : M. le Dr Nicoulau, médecin en chef de l'asile de Cadillac-sur-Garonne (Gironde), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. le Dr Wahl, 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-Ylie (Jura) ;

M. le Dr Girma, médecin-directeur de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.).

— M. Pierre Janet, docteur ès lettres, docteur en médecine, chargé du cours de psychologie expérimentale à la Faculté des lettres de l'Université de Paris, est nommé professeur de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France, en remplacement de M. Th. Ribot, admis à la retraite.

©BIUM

NÉCROLOGIE

Dr Barbé-Guillard. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un confrère distingué, le Dr Barbé-Guillard, décédé le 7 février 1902, dans sa soixante-dix-huitième année, à Dinan, où il exerça la médecine pendant cinquante-deux ans. Le Dr Barbé-Guillard était médecin en chef de l'asile des aliénés de Lehon. Ancien conseiller général républicain des Côtes-du-Nord, les services qu'il avait rendus à son pays lui avaient valu la croix de la Légion d'honneur. Il laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un médecin distingué et dévoué à ses malades.

Dr Guilbert. — On annonce la mort du Dr Guilbert, ancien conseiller municipal de Périgueux à la fin de l'Empire, ancien maire, préfet de la Dordogne sous le gouvernement de la Défense nationale, décédé à l'âge de soixante et onze ans, au château de Barbadeau, près de Périgueux.

Le Dr Guilbert, après avoir quitté l'administration préfectorale, devint directeur de l'asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).

L'ALCOOLISME EN RUSSIE

M. Broïdo analyse, dans la *Revue d'hygiène*, un travail de M. Sikorsky, surtout destiné à faire connaître au grand public les méfaits de l'alcool, et qui contient des documents fort intéressants en ce qui concerne la question de l'alcoolisme en Russie.

De 1870 à 1887, 84.217 personnes (76.786 hommes et 7.431 femmes) sont mortes d'ivresse aiguë, ce qui fait une moyenne de 4.678 personnes par an. En examinant les autres causes de mort subite, on voit qu'en Russie, seul le chiffre des noyés dépasse celui des gens morts d'ivresse aiguë, tandis que celui des assassinés n'est que de 2.840 et celui des suicidés de 2.000 par an. Aussi l'auteur appelle-t-il l'alcool « le grand assassin ».

Ces chiffres deviennent encore plus inquiétants lorsqu'on les compare à ceux des autres pays : tandis qu'en France on compte 11,5 morts d'ivresse aiguë par million d'habitants, et en Allemagne 12, on en a en Russie 55,2 par million d'habitants.

En examinant la distribution géographique de l'alcoolisme en Russie, M. Sikorsky est arrivé à la conclusion que l'alcoolisme est en rapport avec la température moyenne de la région; les basses températures rendent plus intense l'action de l'alcool et, sur un homme qui a bu, le froid extérieur agit comme une

©BIUM

nouvelle dose d'alcool : tel est le fait établi par l'auteur. Son importance est énorme, car il en résulte que si l'alcoolisme est un mal pour tous les pays, son danger est beaucoup plus grand en Russie, en raison du climat rigoureux du pays. Au sud-ouest de la Russie, où l'on boit 0,35 d'alcool pur par homme et par année, il meurt d'alcoolisme aigu 18 personnes par million d'habitants ; il en meurt 96 par million au nord-est, où l'on ne boit cependant que 0,19 par année et par personne. Entre les deux régions, la différence de la température est de 5 degrés et la mortalité par alcoolisme aigu s'en trouve dix fois plus grande.

Passant ensuite à la pathologie des alcooliques, l'auteur constate qu'en Russie, au moins un tiers de la totalité des cas d'aliénation mentale se compose d'alcooliques ; sur ces cas de folie d'origine alcoolique, on compte 23 p. 100 de femmes. Par conséquent, si les femmes russes meurent plus rarement que les femmes des autres pays d'alcoolisme aigu, elles se rattrapent sur l'alcoolisme chronique et occupent, à ce point de vue, la seconde place (après l'Anglaise).

En terminant, l'auteur examine l'influence fâcheuse de l'alcoolisme sur la mortalité, le nombre des crimes et délits, assassinats, etc. (*Revue scientifique*, numéro du 11 janvier 1902).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

15. *Suicide d'un alcoolique.* — On écrit de Bois-Colombes à l'*Echo de Paris* (numéro du jeudi 28 novembre 1901) :

« Hier matin, les locataires d'une maison de la rue Victor-Hugo remarquaient, sur le palier du troisième étage, une traînée de sang qui venait du logement occupé par un ouvrier cordonnier, Félix Turner, âgé de cinquante-neuf ans. Ils enfoncèrent la porte, justement alarmés, et un horrible spectacle s'offrit à leur vue. Le cordonnier baignait dans une mare de sang, une hideuse plaie en travers de la gorge. Il avait encore à la main le rasoir avec lequel il s'était suicidé.

« Félix Turner buvait beaucoup : il y a quelques mois, il avait déjà eu une attaque de *delirium tremens* qui lui avait valu d'être interné à Sainte-Anne. Sorti de l'asile, il avait continué à boire. C'est dans un accès de folie alcoolique qu'il a dû se tuer. »

16. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 22 décembre 1901) :

« A la suite de revers de fortune, un ancien négociant, M. Anthime M..., âgé de quarante-cinq ans, s'était réfugié dans une baraque en planches de l'avenue de la Plaine, à Boulogne, emmenant avec lui ses deux enfants, âgés de sept et

©BIUM

douze ans. Le malheureux était sombre depuis quelque temps. Hier, des voisins attirés par des cris affreux partant de la cabane accoururent et surprirent M. M... au moment où il tentait d'étrangler l'aîné de ses enfants. L'ancien négociant venait d'être pris d'une épouvantable crise de folie furieuse et on eut toutes les peines du monde à lui arracher des mains son fils, qui dut être conduit dans une pharmacie voisine où des soins lui furent prodigués.

« Des voisins ont recueilli les deux enfants, et M. Beaurain, commissaire de police de Boulogne, a envoyé le pauvre fou à l'infirmerie spéciale. »

17. *Capturé sur un arbre.* — Sous ce titre, le *Journal* (numéro du dimanche 5 janvier 1902) publie le fait-divers suivant :

« Un homme, à peine vêtu de sa chemise, partait d'une course éperdue, cette nuit, à 2 heures du matin, sur le boulevard de Clichy, lorsque deux gardiens de la paix voulurent l'arrêter dans le but de lui porter secours.

« Mais, à leur vue, l'infortuné se réfugia sur la maîtresse branche d'un arbre et fit alors connaître d'une voix indignée la cause de sa fuite : « Les brigands des Batignolles veulent me pendre; ils me poursuivent depuis dix ans ! »

« On eut toutes les peines du monde à capturer le pauvre aliéné, un nommé Paul E..., âgé de trente-cinq ans, et que M. Coston, commissaire de police du quartier des Epinettes, a fait conduire à l'infirmerie spéciale. »

18. *La belle-mère du gardien de la paix.* — Le *Matin* (numéro du vendredi 17 janvier) publie, sous ce titre, le fait suivant :

Un gardien de la paix, qui fumait tranquillement sa pipe, la nuit dernière, avenue Malakoff, était abordé par une femme, âgée d'une cinquantaine d'années, qui lui dit, en lui frappant familièrement sur l'épaule :

— Alors, vous aimez ma fille?...

Avant que le brave agent, surpris, eût le temps de répondre à cette singulière question, l'inconnue ajouta :

— Oui, oui, vous aimez ma fille, elle me l'a dit. D'ailleurs, je serai très heureuse d'être votre belle-mère. Vous êtes un brave garçon. Allons, demandez-moi sa main, mais dépêchez-vous, mais dépêchez-vous donc...

— Je ne vous connais pas, madame, répondit enfin le représentant de l'autorité quand il put placer une parole, et je n'ai jamais aimé votre fille. Je suis d'ailleurs marié depuis sept ans.

A cette révélation, la « belle-mère » entra dans une fureur indescriptible.

©BIUM

— Ah ! tu es marié et tu ne le disais pas ! rugit-elle. Misérable, tu as voulu séduire ma pauvre enfant !

Elle bondit sur le malheureux agent et, d'un coup de dent, lui enleva un morceau de la joue droite.

Des collègues du blessé ne parvinrent qu'avec les plus grandes difficultés à maîtriser la mégère. Conduite au commissariat de police, elle fut reconnue pour une dame G..., âgée de cinquante-sept ans, habitant Grenelle. La pauvre femme, qui est mère d'une jeune fille complètement paralysée des deux jambes, est devenue folle de chagrin.

Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale.

19. *La folie d'une mère.* — Le *Journal* (numéro du dimanche 19 janvier 1902) publie le fait suivant :

Un terrible drame de la folie s'est déroulé, hier matin, rue de Belleville. Une mère a tranché le poignet de sa fille et s'est ensuite infligé à elle-même cette horrible amputation. Voici les circonstances qui ont entouré ce tragique événement.

Au n° 130 de la rue de Belleville habitait un ménage d'ouvriers, les époux Hallegarade : avec eux, leur fille, la petite Juliette, âgée de deux ans. Depuis la naissance de cette enfant, M^me^ Hallegarade, à la suite d'une fièvre de lait, présentait des signes chaque jour plus marqués de dérangement cérébral.

Hier matin, vers 11 heures, les voisins entendirent des cris épouvantables qui venaient du logement occupé par les époux Hallegarade. Ils accoururent. Un affreux spectacle les y attendait. La mère tenait sa fille fortement serrée contre ses jambes, et, malgré les larmes et les supplications de la pauvre petite, venait, d'un coup de rasoir, de lui couper le poignet droit.

On arracha l'enfant à la folle et on la transporta en hâte dans une pharmacie voisine. Pendant ce temps, M^me^ Hallegarade, restée seule, se barricada chez elle. Quand M. Girard. commissaire de police, arriva sur les lieux, ses injonctions restèrent sans réponse : la folle n'ouvrit pas.

Redoutant quelque nouveau malheur, le magistrat envoya chercher un serrurier et fit ouvrir la porte. Les craintes du commissaire n'étaient que trop justifiées. M^me^ Hallegarade était étendue à terre, dans une mare de sang. Avec une hachette, elle s'était détaché la main gauche, et le membre mutilé gisait à côté d'elle.

Sitôt qu'elle aperçut M. Girard, la malheureuse s'écria :

— Je viens de me faire justice. J'ai peut-être tué ma fille : je suis punie maintenant.

La petite Juliette et sa mère ont été transportées à l'hôpital Tenon. La folle a été placée dans la salle Richard-Wallace, l'enfant dans la salle Ambroise-Paré. On désespère de les sauver.

©BIUM

On comprend quel a été le désespoir du père, lorsque, rentrant de son travail, ses voisins lui ont appris la funeste nouvelle.

20. *Une famille malheureuse.* — On écrit de Clichy à l'*Echo de Paris* (numéro du dimanche 19 janvier 1902) :

Il y a quelques jours, Mme Louain, femme d'un employé de chemin de fer domicilié boulevard Victor-Hugo, disparaissait de son domicile. Le lendemain, M. Louain apprenait que sa femme s'était jetée, quai Valmy, dans le canal Saint-Martin, désespérée de voir que rien ne pouvait ramener à la vie normale son fils André, resté à demi inconscient, à la suite d'une maladie.

Hier soir, rentrant à son domicile, M. Louain s'aperçut qu'une épaisse fumée, provenant de son logement, passait sous la porte. Il entra précipitamment chez lui et trouva son malheureux enfant, âgé de seize ans, étendu sur le lit, dont les rideaux flambaient. Dans la pièce, des meubles étaient déjà à demi consumés.

Aidé des voisins, M. Louain éteignit le commencement d'incendie ; on s'aperçut alors que le jeune Louain était grièvement brûlé sur tout le corps. D'innombrables allumettes furent trouvées sur le parquet.

On suppose que le pauvre inconscient, sans se rendre compte du danger qu'il courait, aura enflammé des allumettes, et ainsi mis le feu. André Louain a été transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

21. *Un fou parricide.* — Mardi soir, vers 7 heures, à Vézelise (Meurthe-et-Moselle), M. Kœchly fils, revenant de la chasse, rentrait à la maison paternelle. Il accrocha son fusil au mur, se mit à table et dîna de bon appétit en compagnie de son père, ancien pharmacien.

A la fin du repas, une vive discussion ayant éclaté entre M. Kœchly père et son fils, ce dernier se leva d'un bond, décrocha du mur un vieux pistolet et en tira, à bout portant, un coup sur son père.

Le malheureux, atteint derrière la tête, s'affaissa dans son sang, pendant que l'assassin se réfugiait dans sa chambre.

Mme Kœchly, qui se trouvait dans une chambre voisine de la salle à manger, accourut. Elle appela immédiatement à l'aide.

Le coup de pistolet avait fait sauter une partie de la boîte cranienne de la victime, dont une partie de la cervelle s'écoulait par une plaie horrible à voir.

A l'arrivée des gendarmes, la malheureuse mère de Kœchly alla le chercher dans sa chambre, où il était en train de chanter, et le fit descendre. Il ne manifesta aucune émotion de l'acte qu'il venait de commettre.

©BIUM

Kœchly fils a été interné dans un asile d'aliénés pendant plusieurs années à la suite d'une tentative d'empoisonnement sur sa sœur. Le maire de Vézelise, qui lui avait refusé, il y a deux ans, un certificat pour permis de chasse, avait été l'objet de menaces de mort. (Le *Temps*, du vendredi 24 janvier 1902.)

22. *Un nouvel Ardisson.* — On télégraphie de Thonon (Haute-Savoie), au *Lyon républicain*, qu'un nommé Mathieu, âgé de soixante ans, fossoyeur communal à Anthy, a été surpris mardi soir, au crépuscule, par un passant, profanant le cadavre d'une femme enterrée le jour même. La population du village, prévenue par le témoin, qui n'avait pas osé intervenir, ne sachant pas au juste ce qui se passait, arriva tout entière au cimetière, où elle put constater l'attentat *de visu*.

Sous les huées de la foule, Mathieu protesta qu'il ne cherchait qu'à enlever les bagues de la défunte. Mais on ne fut pas dupe de ce subterfuge, et les gardes champêtres durent le protéger contre le mari de celle-ci qui, dans sa colère, l'aurait écharpé. (Le *Petit Temps*, numéro du vendredi, 31 janvier 1902.)

23. *La folie d'une morphinomane.* — Des gardiens de la paix du XVIII^e^ arrondissement, sur la réquisition d'un marchand de vins de la rue de la Chapelle, mettaient en état d'arrestation une femme qui venait de dérober deux chaises à la terrasse de ce commerçant. Conduite au poste de police, cette femme, qui était dans un état de surexcitation violente, déclara se nommer Anna Quignot, âgée de trente-deux ans, mais se refusa à indiquer son domicile. Elle ajouta que c'était l'abus de la morphine qui l'avait poussée à un vol qu'elle n'avait aucun intérêt à commettre. On la fouilla et on trouva effectivement sur elle une seringue Pravaz et une fiole contenant de la morphine en assez grande quantité. Invitée à attendre sur un banc qu'un agent pût la conduire au commissariat de police du quartier, la malheureuse tira son mouchoir et tenta de s'étrangler. On lui arracha le mouchoir des mains ; mais, tirant de ses cheveux une longue épingle, elle s'en porta deux coups dans la poitrine. La pauvre inconsciente a été transportée à l'Infirmerie spéciale. (Le *Matin*, numéro du dimanche 2 février 1902.)

24. *Le trésor du diable.* — On lit sous ce titre dans le *Journal* (numéro du dimanche 2 février 1902) :

Les habitants de l'immeuble situé rue Saint-Maur, 36 *ter*, étaient réveillés en sursaut, la nuit dernière, par d'horribles clameurs, bientôt suivies d'un vacarme infernal.

C'était une vieille dame, Marie C..., âgée de soixante ans, qui, devenue subitement folle, après avoir tout brisé chez elle, s'était munie d'une pioche de terrassier et creusait le parquet de sa chambre pour y trouver, affirmait-elle, un trésor que le diable y avait caché.

©BIUM

M. Bottolier-Lasquin, commissaire de police du quartier Saint-Ambroise, a envoyé la pauvre femme à l'infirmerie du Dépôt.

25. *Suicide.* — On écrit de Gand au *Petit Parisien* (numéro du dimanche 2 février 1902) :

A Ledeberg, près Gand, le sieur Lucas V..., employé des chemins de fer de l'Etat, s'est tué dans un accès de folie subite.

Il se trouvait avec sa femme, lorsque, tout à coup, il s'empara d'un rasoir et se fit une terrible blessure à la gorge. Sa femme voulut lui arracher l'arme meurtrière et se taillada affreusement les mains. Elle sortit pour appeler au secours. On voulut s'emparer du pauvre fou, mais il s'affaissa sur le sol, et succomba bientôt.

L'état de sa veuve est grave.

26. *Fureur alcoolique.* — Un crime causé par la folie alcoolique a été commis à Cautaron, petit village près de Nice, sur la rive droite du Paillon.

Un nommé Dalbera, libéré récemment du service militaire, s'adonnait à l'alcool, et, devenu violent, battait souvent ses frères. Il se disputait surtout avec sa marâtre, car il était l'aîné de la famille et fils d'un premier lit. Hier, armé d'un gros couteau, il saisit sa marâtre à l'improviste pendant qu'elle lavait du linge, penchée sur le ruisseau, et essaya de lui couper le cou. L'arrivée de plusieurs personnes permit d'arracher la malheureuse à l'étreinte de son meurtrier, mais sa blessure est grave. Dalbera, ligotté, a été conduit à l'hospice des aliénés de Saint-Pons. (Le *Temps*, numéro du lundi 10 février 1902.)

27. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Privas au *Temps* (numéro du vendredi 21 février 1902) :

Le nommé Jean Minodier, tanneur à Annonay, route de Levert, a été pris hier d'un accès de folie furieuse, et s'est jeté sur sa femme, qui se trouvait près du berceau de leur jeune enfant, âgé de trois mois.

Après avoir assommé la malheureuse d'un coup de massue, Minodier s'est porté à la gorge plusieurs coups de rasoir, puis s'est jeté par une fenêtre du deuxième étage dans la rue.

Minodier donnait depuis quelque temps des signes de dérangements cérébraux, et avait dû cesser tout travail.

Sa femme, âgée de trente-six ans, était depuis quelques jours en traitement à l'hôpital à la suite de ses couches.

Hier soir, Minodier alla chercher sa femme à l'hôpital et ils rentrèrent ensemble à leur domicile.

Vers 6 heures, les voisins entendirent des coups sourds qui provenaient du logement des époux Minodier. En même temps, l'aîné de leurs enfants sortait, en disant :

— Je crois que papa vient de tuer maman !

©BIUM

On alla chercher la police. Dans la cuisine, une large trace de sang allait jusqu'à la porte de la chambre à coucher. Sur la table, une bouteille vide et des verres témoignaient que les époux Minodier avaient dû boire ensemble.

Dans la chambre à coucher, la femme Minodier était étendue sur le lit, le crâne fracassé en plusieurs endroits ; elle avait été frappée avec un marteau qu'on a retrouvé au milieu de la chambre.

Sur le parquet, Minodier gisait dans une mare de sang, ayant une large blessure au cou, faite avec un rasoir.

Quand la police entra, le meurtrier se releva et, ouvrant la fenêtre, se précipita du deuxième étage dans la rue. Un fil téléphonique amortit sa chute, et Minodier ne se fit que des blessures légères, en tombant sur le sol.

Les deux blessés ont été transportés à l'hôpital, où la femme Minodier est morte ce matin.

28. *Un parricide*, — M. Auque, qui a été assassiné à Graulhet par son fils, est un patron mégissier, âgé de cinquante-huit ans. Le parricide est âgé de vingt-quatre ans; il a été à plusieurs reprises interné par sa famille à l'asile d'aliénés. Il en était sorti depuis un mois, sur la demande de ses parents.

D'un caractère irritable et ombrageux, on le ménageait beaucoup.

Dimanche soir, après avoir passé l'après-midi au café, il répondit insolemment aux observations de son père, et, saisissant sur la table un couteau de cuisine, il lui trancha la carotide.

La mère de l'assassin a été blessée légèrement à la figure, en se portant au secours de son mari.

Le parricide avait pris la fuite, mais il a été arrêté par les gendarmes. Mis en présence du cadavre de son père, il n'a manifesté aucune émotion. (Le *Temps*, numéro du mercredi 26 février 1902.)

29. *Triple meurtre et suicide.* — Un drame épouvantable s'est déroulé, hier, en plein centre du Dour, la populeuse commune du Borinage. Un sourd-muet d'une trentaine d'années, Charles Houdez, ouvrier tailleur, était, depuis quelque temps, devenu sombre et taciturne. Il était atteint de la manie de la persécution et s'imaginait qu'on voulait l'empoisonner.

Hier matin, le sourd-muet descendit à la cuisine, où se trouvait M^me^ Harmigny, sa logeuse, et lui tira à bout portant un coup de revolver qui l'étendit raide morte.

Au bruit de la détonation, le mari accourut. Lui aussi essuya le feu du fou, qui tira trois fois sur lui, et le blessa si affreusement qu'il mourut dans l'après-midi.

Les demoiselles Harmigny descendirent, elles aussi. Houdez

©BIUM

tira sur elles et atteignit mortellement la plus jeune, sourde-muette comme lui. Puis il prit la fuite.

On croit qu'il s'est suicidé en se jetant dans le canal (Le *Temps*, numéro du jeudi 27 février 1902).

30. *Drame de la folie.* — On mande de Narbonne, qu'une femme Franconal, de Montredon, qui avait perdu la raison à la suite d'un accident dans lequel un de ses enfants, âgé de quatre ans, avait été écrasé par une charrette, a versé du poison dans la soupe que devait consommer la famille.

Elle est morte ainsi qu'une de ses fillettes; son mari et un autre enfant sont dans un état désespéré; on conserve quelque espoir de sauver une cinquième victime. (Le *Temps*, numéro du mercredi 5 mars 1902.)

TRIBUNAUX

Caisse d'épargne et livrets appartenant à des aliénés. — Sous ce titre, nous avons donné, dans notre dernier numéro (p. 173), le résumé d'un procès intéressant à plus d'un titre les administrateurs des asiles d'aliénés. Nous nous trouvons aujourd'hui en mesure, grâce à l'obligeance de notre savant collaborateur, M. Motet, de donner intégralement le jugement rendu sur cette affaire, par la première chambre du Tribunal de la Seine, présidée par M. Turcas, dans son audience du 18 avril 1901 :

Caisse d'épargne. — Aliénés. — Livret. — Inscription des intérêts. — Prescription trentenaire. — Acte interruptif. — Lois des 7 mai 1853 *et* 28 *juillet* 1895.

Il ressort des termes de l'article 4 de la loi du 7 mai 1853 que, loin de se borner à faire courir le délai de trente ans du jour du dernier versement ou remboursement, ou encore de l'achat d'un titre de rente, la loi considère, d'une façon générale, comme un acte interruptif de la déchéance, « toute opération faite à la demande du déposant ». C'est ainsi qu'il résulte de l'exposé des motifs de la loi du 7 mai 1853 que ces dispositions ne s'appliqueront qu'au titulaire du livret qui aurait laissé écouler un délai de trente ans « sans donner signe de vie par lui-même ou par ses ayants droit », et que le délai de trente ans ne compte « que du dernier contact que le déposant, par lui-même ou par ses ayants droit, aurait eu avec la Caisse d'épargne ».

La même interprétation est donnée par les instructions ministérielles du 4 juin 1857 et du 20 décembre 1895, rédigées pour l'exécution des lois du 7 mai 1853 et du 20 juillet 1895.

©BIUM

Ainsi jugé, après plaidoiries de Mes Ducuing et Roger Allou, avocats, dans les termes suivants, qui expliquent complètement les faits de la cause :

« Le Tribunal,

« Attendu que le receveur des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, qui était détenteur de quatre livrets de la Caisse d'épargne de Paris, appartenant à des aliénées non interdites : la demoiselle Fouillet, internée à Fains (Meuse) ; la demoiselle Sevestre, internée à Auch (Gers) ; les demoiselles Camuzet et Rousseau, internées à Dun-sur-Auron (Cher), a, pendant l'année 1900, fait présenter ces livrets à la Caisse d'épargne pour y inscrire le règlement des intérêts ;

« Attendu que la Caisse d'épargne explique qu'en ce qui concerne le compte de la demoiselle Fouillet, aucun mouvement de fonds n'avait été opéré depuis un remboursement effectué le 2 juillet 1862 ; qu'elle avait, en conséquence, considéré que, le 31 décembre 1892, après que les publications habituelles avaient eu lieu, ce compte avait été atteint par la déchéance trentenaire, édictée par l'article 4 de la loi du 7 mai 1853 ; qu'il avait été acheté, au nom de la titulaire, une inscription de 3 francs de rente 3 p. 100, qui avait été remise, conformément à la loi, à la Caisse des dépôts et consignations, le 24 janvier 1893 ;

« Que la Caisse d'épargne ajoute qu'en ce qui concerne les demoiselles Sevestre, Camuzet et Rousseau, aucun mouvement de fonds n'avait été opéré : 1° pour le compte de la première, depuis un remboursement effectué le 1er août 1866 ; 2° pour le compte de la seconde, depuis un versement effectué à la date du 3 juillet 1868 ; 3° pour le compte de la troisième, depuis un versement à la date du 31 décembre 1869 ; que ces trois comptes avaient, par suite, encouru, à la date des 31 décembre 1896, 31 décembre 1898 et 31 décembre 1899, après que les publications exigées avaient été faites, la prescription trentenaire établie par l'article 20 de la loi du 20 juillet 1895, qui a modifié l'article 4 de la loi du 7 mai 1853 ;

« Attendu que Maucomble, agissant comme mandataire *ad litem* des quatre aliénées non interdites ci-dessus nommées, proteste contre la prétention de la Caisse d'épargne, et soutient qu'aucune déchéance ou prescription trentenaire n'avait pu atteindre, en l'année 1900, les comptes dont s'agit, alors que les titulaires avaient fait inscrire sur leurs livrets les intérêts, savoir : la demoiselle Fouillet pour l'année 1871, la demoiselle Sevestre pour l'année 1874, la demoiselle Camuzet pour l'année 1885, et la demoiselle Rousseau pour l'année 1880 ;

« Attendu que l'unique difficulté qui divise les parties est, par suite, de savoir si la présentation du livret à la Caisse

d'épargne par le titulaire ou par son mandataire, afin d'y inscrire les intérêts, interrompt ou non la déchéance trentenaire établie par l'article 4 de la loi du 7 mai 1853 ou la prescription de même durée, édictée par l'article 20 de la loi du 20 juillet 1895 ;

« Attendu que ces deux textes de loi sont ainsi conçus :

« Article 4 de la loi du 7 mai 1853. — Lorsqu'il s'est écoulé un délai de trente ans, à partir tant du dernier versement ou remboursement que de tout achat de rente ou toute autre opération effectuée à la demande des déposants, les sommes que détiennent les Caisses d'épargne, aux comptes de ceux-ci, sont placées en rentes sur l'Etat, et les titres de ces rentes... sont remis à la Caisse des dépôts et consignations pour le compte des déposants, le service des arrérages de la rente est suspendu. Les reliquats des placements en rentes ci-dessus énoncés et les sommes qui, à raison de leur insuffisance, n'auraient pu être converties en rentes sur l'Etat, demeureront, à la même époque, acquis définitivement aux Caisses d'épargne.

« Article 20 de la loi du 20 juillet 1875. — A partir de la promulgation de la présente loi, les sommes qui, en vertu de l'article 4 de la loi du 7 mai 1853, étaient placées en rentes et celles qui étaient attribuées aux Caisses d'épargne par le même article seront prescrites à l'égard des déposants. Elles seront réparties entre les Caisses d'épargne, à concurrence des deux cinquièmes, et les Sociétés de secours mutuels, possédant des caisses de retraites, à concurrence des trois cinquièmes... » ;

« Attendu qu'il ressort des termes de l'article 4 de la loi du 7 mai 1853 que, loin de se borner à faire courir le délai de trente ans du jour du dernier versement ou remboursement, ou encore de l'achat d'un titre de rente, la loi considère, d'une façon générale, comme un acte interruptif de la déchéance, « toute opération faite à la demande du déposant » ;

« Attendu qu'il résulte de l'exposé des motifs de la loi du 7 mai 1853 que l'article 4 a été édicté dans le but de simplifier les écritures de la Caisse d'épargne de Paris, tout en ménageant les intérêts des déposants ;

« Que c'est dans cet esprit que l'exposé des motifs explique que les dispositions de la loi ne s'appliqueront qu'au titulaire du livret qui aurait laissé écouler un délai de trente ans, « sans donner signe de vie par lui-même ou par ses ayants droit », et qu'il ajoute que la proposition de loi ne compte le délai de trente ans « que du dernier contact que le déposant, par lui-même ou par ses ayants droit, aurait eu avec la Caisse d'épargne » ;

« Attendu que la même interprétation de cet article 4 est

©BIUM

donnée par les instructions ministérielles du 4 juin 1857 et du 20 décembre 1895, rédigées pour l'exécution des lois du 7 mai 1863 et du 20 juillet 1895;

« Que ces instructions ministérielles, traitant des comptes qui sont restés sans mouvement pendant trente ans, les qualifient de « comptes abandonnés » ;

« Attendu qu'il ne paraît pas possible qu'un compte puisse être considéré comme « abandonné » lorsque le titulaire ou son mandataire va présenter son livret à la Caisse d'épargne pour y faire inscrire les intérêts ;

« Que cette inscription des intérêts, faite sur le livret à la suite de l'intervention personnelle du titulaire ou de celle de son représentant, constitue donc une de ces opérations effectuées à la demande du déposant, qui est comprise dans les termes de l'article 20 de la loi du 20 juillet 1895, qui se réfère à la loi de 1853 ;

« Attendu que, pour soutenir le contraire, la Caisse d'épargne de Paris se fonde sur ce motif qu'elle règle sur ses registres, à la fin de chaque année, les intérêts capitalisés de tous les comptes courants des déposants, sans le concours de ces derniers ; que cette capitalisation des intérêts est faite d'office, en vertu de ses statuts ; qu'elle ne saurait donc être une cause d'interruption de la prescription ; qu'autrement la prescription ne s'accomplirait jamais, l'inscription de ces intérêts capitalisés, sur les registres de la Caisse d'épargne, ayant lieu tous les ans ;

« Que la Caisse d'épargne ajoute que le fait de présenter le livret, pour y faire porter lesdits intérêts, ne modifie pas le solde du compte, puisqu'on met seulement le livret en conformité du compte courant et qu'il ne reste sur ses registres aucune trace de cette inscription des intérêts sur le livret ;

« Qu'en un mot, la Caisse d'épargne ne reconnaît comme cause d'interruption de la presciption qu'une opération donnant lieu à un mouvement de fonds, si peu important qu'il soit, mais qui nécessite une écriture sur ses registres;

« Attendu qu'il résulte des motifs donnés ci-dessus que cette interprétation rigoureuse des termes de l'article 4 de la loi du 7 mai 1853 ne concorde pas avec l'esprit de la loi ;

« Attendu qu'elle ne paraît pas non plus équitable ;

« Qu'en effet, pour certaines catégories de déposants, telles que les quatre aliénées dont s'agit, on comprend que leur compte, bien que non abandonné, ne puisse donner lieu à aucun mouvement de fonds ; que la présentation des livrets, pour l'inscription des intérêts, paraît être le seul moyen de mettre, suivant l'expression du législateur de 1853, les titulaires « en contact avec la Caisse d'épargne » ;

©BIUM

« Attendu, en conséquence, que c'est à tort que la Caisse d'épargne de Paris a considéré que le compte de la demoiselle Fouillet avait été atteint par la déchéance trentenaire prévue par la loi de 1853, et a fait emploi des sommes pouvant revenir à la titulaire du livret en un titre déposé à la Caisse des dépôts et consignations ;

« Que cet emploi et la consignation qui a suivi doivent être tenus pour nuls et inexistants au regard de Maucomble, ès qualités ;

« Que c'est à tort aussi que la Caisse d'épargne de Paris a déclaré atteints par la prescription édictée par l'article 20 de la loi du 20 juillet 1895 les comptes des demoiselles Sevestre, Camuzet et Rousseau ;

« Par ces motifs ;

« Condamne les directeurs de la Caisse d'épargne de Paris à rembourser à Maucomble, ès qualités, la somme de 1.748 fr. 79, montant des livrets susénoncés, ou à délivrer les titres de rente sur l'Etat qui auraient pu être achetés avec les arrérages échus, ensemble tous intérêts tels que de droit ;

« Condamne la Caisse d'épargne de Paris aux dépens. »

(*Journal de Droit*, 19 décembre 1901.)

FAITS DIVERS

Société d'études législatives. — Il vient de se fonder une société nouvelle due à l'initiative privée, destinée à s'occuper d'études juridiques en vue des réformes dont nos lois seraient susceptibles dans toutes les branches de droit, et principalement en matière de droit privé. Cette société a pour président M. Glasson, de l'Institut, doyen de la Faculté de droit de Paris. Une des principales questions mises à l'ordre du jour de ses prochaines séances est la réforme des lois sur les aliénés.

Le nécrophile de Muy. — Ainsi que nous le faisions prévoir dans notre numéro de novembre-décembre 1901 (p. 519), Ardisson, le nécrophile de Muy, a été déclaré irresponsable de ses actes par les médecins experts chargés d'examiner son état mental. Il a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu et mis à la disposition de l'administration. Le préfet du Var a ordonné son internement à l'asile de Pierrefeu.

La maladie du sommeil au Congo. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 9 février 1902) :

« Une maladie étrange, dont, à diverses reprises, on a signalé les effets redoutables et mystérieux, règne dans la population du Haut-Congo, où elle continue ses ravages. Il s'agit de la

©BIUM

maladie du sommeil. Ceux qui en sont atteints sont soumis à un assoupissement incoercible s'accroissant de jour en jour et aboutissant fatalement à la mort sans remède possible. On écrit aujourd'hui que toute la région de Ki-Mwenza en est atteinte. A Kilambo, la maladie a fait en quelques-mois quarante-sept victimes ; d'un beau village bien peuplé il ne reste plus à présent que six femmes, dix hommes et une petite fille. C'est, du reste, surtout les enfants qui sont frappés de préférence. La petite vérole a fait également son apparition et ne cause pas moins de mal parmi les noirs.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
ANNÉE 1903

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur 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 1901 et en 1902, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Historique de la paralysie générale.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1902, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenron, 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.

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

Pathologie.

LES HALLUCINATIONS UNILATÉRALES

Par le Dr J. SÉGLAS
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Parmi les aspects cliniques si divers que peut revêtir l'hallucination, il en est un dont l'interprétation ne laisse pas d'être embarrassante et réclame une circonspection toute particulière. C'est l'hallucination signalée autrefois par Michéa sous le nom d'hallucination *dédoublée*, et que l'on appelle communément aujourd'hui hallucination *unilatérale*.

Lorsque l'on étudie les travaux qui ont été publiés sur cette question, on ne tarde pas à être frappé tout d'abord de l'insuffisance d'un certain nombre d'observations ; puis, dans celles mêmes qui semblent le plus concluantes, du caractère disparate des phénomènes

©BIUM

décrits comme hallucinations unilatérales. Tous cependant sont rendus justiciables d'une même théorie anatomique, passible de bien des objections, et absolument insuffisante, aussi bien pour nous fournir l'explication du symptôme, que pour nous autoriser à le rayer d'un trait du cadre de la séméiologie psychiatrique.

Il ne se présente pas, en effet, avec un caractère d'exception ; et l'étude d'autres symptômes comparables, l'analyse parallèle des conditions multiples des hallucinations unilatérales, peuvent conduire tout au moins à une interprétation psychologique de ces hallucinations, qu'elles soient visuelles, auditives ou associées.

Ces considérations nous avaient déjà amené, dans un rapport sur la pathogénie et la physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe, présenté en 1896 au Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy, à formuler certaines critiques sur les hallucinations unilatérales, en particulier les auditives.

Ce fut même là le point que nous nous attachâmes exclusivement à développer dans son ensemble, lorsque nous fûmes appelé à soutenir oralement en séance les conclusions de notre rapport.

Notre opinion n'a pas varié depuis lors, et l'on ne retrouvera aujourd'hui dans ce mémoire que la reproduction des idées et des arguments autrefois exposés par nous au Congrès de Nancy.

I. — Les hallucinations unilatérales : définition, variétés.

1° *Définition.* — Qu'entend-on par hallucination unilatérale ? Et quelle peut être la signification précise de ce vocable ?

D'après la définition la plus ordinairement admise, « l'hallucination unilatérale n'est autre chose que la loca-

lisation exclusive de l'hallucination dans une des deux moitiés symétriques du même sens, ou tout au moins sa prédominance manifeste et durable dans l'une de ces deux moitiés » (Régis) (1).

Le terme prédominance ne peut évidemment impliquer ici qu'une question de fréquence, et non d'intensité. Autrement l'hallucination ne pourrait être dite strictement unilatérale, mais serait en réalité bilatérale, et la définition précédente engloberait ainsi des faits très différents les uns des autres.

En revanche, le terme localisation exclusive implique une question non plus de nombre, mais de qualité.

Il convient encore, si l'on veut ne pas préjuger du mécanisme du phénomène, d'observer que ce terme de localisation exclusive correspond seulement à un fait de notation clinique. S'il nous arrive de qualifier une hallucination d'unilatérale, ce n'est qu'en vertu de l'affirmation du malade déclarant ne percevoir son hallucination que d'un seul côté de tel ou tel appareil sensoriel, et sans que nous soyons en mesure de pouvoir contrôler l'exactitude physiologique de cette assertion.

Pour ces différentes raisons, il nous semble que l'on pourrait définir l'hallucination unilatérale d'une façon plus précise comme il suit : « Une hallucination est dite unilatérale lorsqu'elle est localisée par le sujet dans une seule des moitiés symétriques d'un même appareil sensoriel, fonctionnant d'ordinaire *simultanément*. »

Cette dernière réserve n'est pas sans importance ; elle indique en effet le caractère spécial de ce groupe d'hallucinations, le point par lequel elles se séparent aussi bien des hallucinations vulgaires que des perceptions normales intéressant les mêmes sens.

(1) Régis. *Encéphale*, 1881.

©BIUM

C'est ce qu'avait fort bien noté Michéa :

« Dans la perception toute fantastique ou subjective qui constitue le phénomène de l'hallucination, l'esprit éprouve une modification identique à celle qui survient dans la perception normale ou objective. La fausse représentation, l'apparence trompeuse dont il a conscience, lui semble être le résultat unique d'une impression extérieure exercée *simultanément* sur les deux portions symétriques ou homologues d'un appareil sensoriel... Dans certains cas, l'âme peut être affectée de telle sorte qu'elle perçoive un objet imaginaire de la même manière qu'elle percevrait un corps réel dont l'impression s'effectuerait sur *une seule* de ces deux portions symétriques ou homologues. En un mot, quoique toujours la même au point de vue de l'essence et de la forme, l'hallucination peut quelquefois perdre son unité de correspondance, *se dédoubler*, se dichotomiser pour ainsi dire, relativement à un même appareil sensoriel (1). »

En fait, le qualificatif de dédoublées, appliqué à ces hallucinations, est beaucoup plus précis que celui d'unilatérales, et peut-être eût-il mérité d'être conservé.

2° *Variétés.* — Un de ses premiers avantages, en effet, est de délimiter nettement le domaine sensoriel de ces hallucinations.

Obéissant à la tradition immuable de diviser les hallucinations en cinq classes correspondant aux cinq sens spéciaux, les auteurs ont appliqué cette même classification aux hallucinations unilatérales, et distingué des hallucinations unilatérales de l'ouïe, de la vue, du toucher, du goût et de l'odorat.

Classification arbitraire s'il en fut, et dictée par le

(1) Michéa. *Délire des sensations*, 1851.

©BIUM

simple culte de la symétrie ; car elle n'est même pas justifiée par les faits cliniques.

Aussi les mêmes auteurs se trouvent-ils ensuite amenés à faire des restrictions.

Michéa remarque que « pour les organes de l'odorat et du goût, leurs moitiés symétriques étant adossées l'une à l'autre, en contact immédiat sur tous les points, il est par cela même, et pour d'autres raisons encore, plus difficile à l'esprit de s'assurer si, chez eux, la perception subjective est dédoublée ».

« On ne trouve pas, dit Seppilli, d'observations d'hallucinations unilatérales intéressant des organes des sens autres que l'ouïe et la vue. *Malgré cela, on peut retenir qu'elles ne doivent pas faire défaut;* mais que, spécialement en ce qui regarde le goût et l'odorat, il est difficile de les reconnaître, à cause du voisinage immédiat des appareils périphériques de ces deux sens, par suite duquel elles ne ressortent pas bien distinctes (1). »

Plus récemment M. Toulouse se borne très justement à constater « qu'il ne connaît pas d'hallucinations unilatérales publiées du goût et de l'odorat (2) ».

Nous imiterons cette prudente réserve en faisant remarquer que cette constatation négative a bien son importance, en face du nombre des observations déjà connues d'hallucinations unilatérales (plus de cinquante, à notre connaissance).

Aussi pensons-nous qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter plus longtemps sur ce point, et de faire des tentatives d'interprétation du mécanisme et de la rareté d'un phénomène, tant que son existence problématique ne reposera que sur des analogies et des inductions.

A côté de celles du goût et de l'odorat les auteurs in-

(1) Seppilli. *Riv. sp. di fren.* Vol. XVI, fasc. I-II.
(2) Toulouse. *Gaz. des hôpit.*, 4 juin 1892.

©BIUM

diquent des hallucinations tactiles unilatérales. Mais les observations signalées comme telles sont bien peu nombreuses ; nous n'avons pu en relever que trois.

Cela n'est pas sans nous causer quelque étonnement.

En effet, ces hallucinations tactiles dites unilatérales ne présentent en elles-mêmes aucun caractère clinique spécial et ne diffèrent en rien de toutes celles de même nature sensorielle que l'on observe communément chez les aliénés.

La seule particularité qu'elles présenteraient serait, sinon leur constance, du moins leur répétition plus fréquente dans la même moitié du corps. Dans ce cas, il est toute une série d'hallucinations de ce genre qui pourraient mériter plus que d'autres le qualificatif d'unilatérales, ce sont les hallucinations si diverses des amputés.

Mais, comme nous l'avons dit tout à l'heure, prendre la question de fréquence comme critérium de l'unilatéralité serait créer une équivoque. Une hallucination n'est pas à vrai dire unilatérale du seul fait qu'elle se répète fréquemment du même côté du corps. La question de statistique n'a rien à voir là-dedans ; le phénomène doit être jugé à l'état isolé, d'après ses caractères intrinsèques, et son unilatéralité résulte ainsi de ce qu'il n'intéresse que l'une des moitiés symétriques d'un même sens, dont l'action est d'ordinaire simultanée.

La signification précise du qualificatif unilatéral ainsi nettement définie, peut-elle s'appliquer exactement à des hallucinations tactiles ? La réponse négative s'impose d'elle-même.

Le tact est un sens répandu sur toute la surface du corps. Dans un fait normal de perception tactile, la sensation initiale est toujours perçue et localisée plus ou moins exactement, plus ou moins rapidement, au point du corps correspondant, variable suivant le lieu de

©BIUM

l'excitation, mais toujours d'un seul côté, à l'exclusion de l'autre. Une excitation double, fût-elle symétrique et simultanée, ne se fusionnera pas en une perception unique, mais donnera naissance à deux sensations qui seront perçues indépendamment l'une de l'autre et localisées chacune de son côté.

De même, dans l'hallucination tactile, la sensation imaginaire est toujours perçue dans un point déterminé d'un côté du corps. Lorsque les deux côtés sont intéressés, il s'agit en réalité d'un processus hallucinatoire double comprenant deux hallucinations successives ou concomitantes mais non confondues, et localisées chacune de son côté respectif. L'unilatéralité de l'hallucination tactile est donc en réalité un fait ordinaire et ne résulte pas, comme pour l'ouïe et pour la vue, d'une dissociation, d'un dédoublement fonctionnel de l'appareil sensoriel intéressé.

La répétition du phénomène du même côté ne change rien à cette condition, et l'hallucination tactile se trouve ainsi exclue du cadre des hallucinations dites unilatérales, du moment que l'on attribue à ce terme la signification précise et particulière qu'il comporte.

Pour ce fait, et en l'absence d'observations intéressant le goût et l'odorat, l'*étude des hallucinations unilatérales se limite donc à celles de la vue et de l'ouïe.*

Ce sont, en réalité, celles que les auteurs se sont spécialement attachés à observer et à interpréter.

La statistique des observations montre que l'ouïe est plus fréquemment atteinte que la vue.

Ces deux sens peuvent être affectés isolément ou simultanément chez le même sujet. Dans ce cas, il est à remarquer que l'ouïe et la vue sont intéressées du même côté. Griesinger dit bien que ces hallucinations concomitantes peuvent alors être croisées ; mais nous ne connaissons pas d'observations à l'appui de cette assertion.

©BIUM

Envisagées dans leur totalité, les hallucinations unilatérales semblent plus fréquentes à gauche qu'à droite. Mais le fait est difficile à établir parce qu'il est des cas dans lesquels elles affectent successivement le côté gauche, puis le côté droit.

Il est un fait clinique dont l'importance a été signalée par la plupart des observateurs. C'est l'existence, sinon constante, du moins très fréquente, de lésions organiques ou de troubles fonctionnels dans la moitié de l'appareil sensoriel périphérique correspondant à l'hallucination. En pareille circonstance, il est à remarquer que, le plus souvent, la perception hallucinatoire seule prend la forme unilatérale, tandis que, chez le même sujet, la perception des objets réels conserve, autant que l'état des organes sensoriels le permet, sa forme ordinaire, c'est-à-dire bilatérale.

D'un autre côté, la lecture des observations d'hallucinations unilatérales, soit de l'ouïe, soit de la vue, nous montre que les perceptions pathologiques ne sont pas toujours de nature identique.

A cet égard, on retrouve dans les hallucinations unilatérales les mêmes catégories que nous avons indiquées autre part pour les hallucinations bilatérales (1).

De même que l'on a distingué les perceptions normales en élémentaires, différenciées, verbales; de même que l'on a distingué, par exemple, une surdité corticale, psychique et verbale, on peut admettre des hallucinations auditives élémentaires en rapport avec la perception de sons simples, indéfinis; des hallucinations auditives différenciées communes, lorsqu'il s'agit de bruits différenciés rapportés à des objets déterminés; enfin, des hallucinations auditives verbales, alors que les malades croient entendre des mots représentant des idées.

(1) J. Séglas. *Progrès médical*, 1888, n° 33.

Ces mêmes divisions s'appliquent aux hallucinations unilatérales, auditives ou visuelles. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les observations publiées.

Au premier abord, les hallucinations unilatérales élémentaires semblent être très fréquentes (visions de lumière, de couleurs, de flocons de neige ; audition de bruits divers, sifflements, bourdonnements).

Mais il est bien souvent difficile, sinon presque impossible, de déterminer s'il s'agit bien là de véritables hallucinations.

En effet, la plupart du temps, les phénomènes de ce genre se rencontrent dans les cas où il y a une lésion ou un trouble fonctionnel de l'appareil sensoriel périphérique, et justement du côté intéressé.

Aussi peut-on se demander si l'on n'a pas affaire alors à de simples sensations subjectives, à de simples bruits entotiques qui ne méritent pas le qualificatif d'hallucinations vraies.

Et lorsqu'il s'agira d'interpréter le mécanisme des hallucinations unilatérales, on ne pourra s'appuyer sur les phénomènes de cet ordre à raison de leur manque de précision et des confusions auxquelles ils pourraient donner lieu. Il sera préférable de s'adresser à des phénomènes plus caractérisés, de caractère hallucinatoire indiscutable, comme les hallucinations différenciées, communes ou verbales.

Les hallucinations unilatérales différenciées, communes ou verbales, ne se montrent pas indifféremment dans le domaine visuel ou auditif.

Il n'existe pas en effet d'observations d'hallucinations unilatérales visuelles de caractère verbal.

Les hallucinations unilatérales différenciées de la vue se présentent sous la forme commune, c'est-à-dire consistent dans la vision de personnes ou d'objets détermi-

©BIUM

nés (squelettes, visions diaboliques, figures, personnages divers, etc...).

En revanche, les hallucinations unilatérales de cette même catégorie sont beaucoup plus rares sous la forme auditive. Lorsqu'elles paraissent exister, on ne peut les accepter qu'avec la plus grande réserve. Car, en pareil cas, il ne s'agit souvent, en réalité, que de simples bruits subjectifs très vulgaires, dus à une lésion auriculaire concomitante, que le sujet ne se contente pas toujours de noter tels quels, mais qu'il interprète ainsi que le font souvent en pareil cas bien des malades nullement hallucinés, atteints d'une affection auriculaire banale, sans aucun retentissement sur l'intelligence.

C'est en général sous la forme verbale (voix, paroles déterminées) que se présentent les hallucinations unilatérales auditives les plus nettement caractérisées.

Ces distinctions sont indispensables à retenir lorsqu'il s'agit d'étudier le mécanisme de l'hallucination unilatérale.

II. — La théorie anatomique des hallucinations unilatérales. Arguments cliniques et anatomiques; examen critique.

Pourquoi certaines hallucinations se présentent-elles sous l'aspect unilatéral que nous venons de décrire? D'après les idées actuellement en cours, les conditions de cette unilatéralité seraient purement d'ordre anatomo-physiologique. Il n'y aurait là qu'une application à un cas particulier de la théorie générale des hallucinations formulée par Tamburini.

Cette théorie assigne à l'hallucination, comme cause fondamentale, « un état d'excitation des centres sensoriels corticaux, c'est-à-dire de ces points de l'écorce céré-

©BIUM

brale où se perçoivent les impressions reçues par l'intermédiaire des différents organes et où sont déposées les images mnémoniques sensorielles... Il faut admettre une excitation morbide constante des centres sensoriaux, ayant pour point de départ aussi bien les organes périphériques de la sensibilité que les voies conductrices ou les centres eux-mêmes. »

Cette proposition une fois admise, la raison de l'unilatéralité de certaines hallucinations semble des plus simples.

Et, en effet, « l'hallucination sera simple, unisensorielle et *unilatérale* quand l'irritation sera limitée à un groupe restreint d'une seule zone sensorielle et d'un *seul côté* » (Tamburini) (1).

Cette conception de l'unilatéralité de l'hallucination, subordonnée, en dernier terme, à la mise en action de tel ou tel centre sensoriel d'*un seul hémisphère*, se retrouve dans tous les travaux ultérieurs (2) (Robertson, Régis, Seppilli, Pick, Toulouse).

Les arguments invoqués à l'appui sont de deux ordres, cliniques et anatomiques.

1° *Preuves cliniques.* a). C'est d'abord la disparition de l'hallucination unilatérale à la suite de la guérison de la lésion sensorielle périphérique regardée comme agissant à distance sur le centre cortical correspondant, ou une amélioration simultanée des deux ordres de phénomènes à la suite d'un traitement local.

Or, cette preuve est loin d'avoir toute la portée qu'on serait tenté de lui attribuer.

---

(1) Tamburini. *Revue scientifique*, 29 janv. 1881.

(2) Nous rappellerons pour mémoire que d'autres auteurs (Ritti, Luys, Hammond), ont admis comme probable que l'hallucination unilatérale avait pour point de départ la perturbation fonctionnelle *hémilatérale* des centres de la couche optique sous la dépendance desquels ils plaçaient la genèse des hallucinations.

En ce qui concerne le rôle d'une lésion sensorielle périphérique, comme point de départ de l'excitation corticale, sans doute la plupart du temps ces observations nous la montrent unilatérale et siégeant du même côté que l'hallucination. Mais d'autres faits contradictoires montrent que cette lésion peut siéger du côté *opposé* à l'hallucination unilatérale qui se produit ainsi dans l'œil ou l'oreille sains. D'autres fois encore cette lésion périphérique manque absolument ; ou bien, au contraire, elle est bilatérale.

D'un autre côté, l'argument tiré de la disparition de l'hallucination unilatérale par guérison de la lésion sensorielle périphérique du même côté, perd aussi beaucoup de sa valeur, lorsqu'on sait qu'il existe des faits contradictoires. Par exemple, Pick a rapporté le cas d'une aliénée chronique, *sourde* de *l'oreille gauche*, qui accusait des hallucinations auditives du *côté droit*. Dans l'oreille gauche on trouve un tampon de cérumen qu'on enlève ; dès lors, les *hallucinations deviennent bilatérales*. C'est absolument la contre-partie du cas de Mabille, souvent cité comme démonstratif, dans lequel des hallucinations de l'oreille droite cessèrent aussitôt après l'extraction d'un grain de blé entouré d'un amas de cérumen, siégeant dans le conduit auditif externe de ce même côté.

b). Une seconde preuve clinique est tirée de la coexistence, dans certains cas d'hallucinations unilatérales, de divers symptômes (phénomènes épileptiformes, hémiplégie, hémianesthésie) en rapport avec une lésion d'un seul hémisphère cérébral.

Ainsi que le fait remarquer le professeur Joffroy, ces faits cliniques dans lesquels l'autopsie n'a pu être faite ne peuvent permettre que des hypothèses et ne constituent pas des preuves irrécusables. Leur portée nous paraît même très contestable et leur interprétation sou-

©BIUM

vent peu conforme aux données actuelles sur l'anatomie des voies sensorielles intra-cérébrales.

c). Une troisième preuve serait fournie par certaines observations dans lesquelles le contrôle anatomo-pathologique tendrait à prouver directement l'intervention des centres corticaux d'un seul hémisphère.

Mais, la plupart, remarque encore justement le professeur Joffroy (1), se présentent dans des conditions de complexité telles que l'on est très embarrassé quand on recherche leur interprétation. Ainsi les organes sensoriels (yeux ou oreilles) ne sont pas toujours examinés, ce qui laisse un doute sur la véritable pathogénie de l'hallucination ; et parfois même, il existe des altérations à la fois dans le cerveau et dans l'organe des sens, ce qui rend le problème encore plus ardu. D'autres fois encore, il y a des lésions cérébrales tellement diffuses ou tellement profondes, qu'on se demande comment elles auraient pu donner naissance à des troubles hallucinatoires qui supposent une intégrité presque absolue du centre cortical.

Sans discuter ici tous les *desiderata* de ces observations, ni même la topographie corticale des lésions par rapport aux centres intéressés par l'hallucination, nous nous contenterons de faire remarquer combien elles sont contradictoires au seul point de vue invoqué par les partisans de la théorie, celui de la correspondance entre l'unilatéralité des lésions et celle de l'hallucination.

Quelques-unes, en effet, nous montrent la lésion siégeant dans l'hémisphère opposé au côté halluciné (cas de Glynn, Gowers, Tamburini et Riva, Tomaschewski et Simonowitsch).

(1) Joffroy. *Arch. neurol.*, février 1896; et Wormser. *Thèse de Paris*, 1895.

©BIUM

Dans d'autres, la lésion est homolatérale (Millet).

D'autres encore nous montrent une lésion corticale unilatérale chez des sujets qui avaient eu des hallucinations bilatérales (Tomaschewski, Parisot), ou inversement des lésions hémisphériques doubles chez des hallucinés unilatéraux (Joffroy).

Il nous semble résulter de tout cela que les preuves cliniques invoquées par les partisans de la théorie en question sont loin d'être démonstratives.

Examinons maintenant les preuves anatomiques.

2° *Preuves anatomiques.* — Elles sont tirées de la théorie anatomique de l'entre-croisement total des voies sensorielles intra-cérébrales, par suite duquel les centres sensoriels corticaux d'un hémisphère tiendraient sous leur dépendance exclusive la moitié opposée de l'appareil sensoriel périphérique correspondant.

Cette opinion, longtemps en vogue, est aujourd'hui très fortement battue en brèche.

Pour l'ouïe, si la question de la situation, de la direction, de la terminaison centrale des voies acoustiques renferme encore bien des points obscurs, la théorie de l'action croisée des centres auditifs comporte tout au moins les plus grandes réserves.

L'hypothèse de Munk, suivant laquelle la fonction de chaque oreille serait représentée en totalité dans l'hémisphère opposé, hypothèse qui implique un entre-croisement total des nerfs acoustiques et partant une connexion croisée de chaque sphère auditive corticale, est pour Ramon y Cajal la moins vraisemblable. Pour Luciani et Seppilli, comme pour Alt, etc., chaque hémisphère est en connexion avec les deux organes de l'ouïe.

Déjerine considère également le centre cortical comme ayant une représentation sensorielle bilatérale et n'admet pas la surdité croisée par lésions corticales.

Même en restant sur le terrain purement anatomique,

il est donc au moins contestable que l'unilatéralité de l'hallucination auditive puisse résulter simplement de l'excitation unilatérale d'un centre cortical.

En ce qui concerne la vue, nos connaissances anatomiques, beaucoup plus précises, nous permettent mieux de discuter les arguments anatomiques des auteurs qui rapportent l'hallucination visuelle à l'action croisée du centre visuel de l'hémisphère opposé.

Cette interprétation s'appuie sur la théorie suivant laquelle les lésions du centre cortical de la vision produiraient une cécité unilatérale et croisée.

Cette doctrine anatomique, longtemps admise, est tombée en discrédit, et se trouve aujourd'hui à peu près abandonnée.

D'après les recherches anatomo-cliniques les plus récentes, la lésion de la face interne d'un lobe occipital produit toujours une cécité de la moitié correspondante de la rétine, et par conséquent des deux yeux, c'est-à-dire une hémiopie bilatérale homonyme, et jamais une cécité croisée, monoculaire de l'œil opposé.

Il en résulte, comme l'a fait très justement remarquer M. Soury (1), que « si l'hallucination est une excitation des centres sensoriels ou sensitifs de l'écorce cérébrale des hémisphères, une lésion irritative d'un lobe occipital projettera au dehors, sur les moitiés homonymes des deux champs visuels, une image ou un groupe d'images hallucinatoires. De même qu'une lésion destructive unilatérale du lobe occipital détermine une hémianopsie bilatérale homonyme, affectant de cécité partielle les deux moitiés correspondantes du champ visuel, une lésion irritative unilatérale des mêmes régions *doit* déterminer une hallucination bilatérale

(1) Soury. *Le système nerveux central*. Vol. II.

homonyme affectant partiellement les champs visuels des deux yeux. »

Cette proposition n'est pas seulement la conclusion d'un simple syllogisme ; mais il existe des faits cliniques, nombreux et bien observés, qui viennent en démontrer la rigoureuse exactitude. Il nous suffira de rappeler les observations d'hallucinations hémiopiques homonymes dues à Hoche, Peterson, Séguin, Féré, Bidon, Higier, Colman, Lamy, Henschen, John Van Duyn.

La lecture de ces observations est particulièrement instructive et leur comparaison avec celles d'hallucinations unilatérales ne fait que ressortir mieux encore toutes les lacunes et les *desiderata* de ces dernières.

Si donc la lésion de la face interne d'un lobe occipital produit l'hémiopie bilatérale homonyme, et non la cécité croisée monoculaire ; si l'excitation de la même région détermine des hallucinations hémiopiques homonymes, dont il existe des faits suffisamment nombreux, concordants, démonstratifs, les derniers arguments de la théorie anatomique de l'hallucination unilatérale tombent d'eux-mêmes.

Dès lors, que devons-nous penser des hallucinations dites unilatérales, du moment que nos connaissances anatomiques ne peuvent nous en fournir la clé ?

Devons-nous continuer d'accepter en clinique ce symptôme sur la pathogénie duquel l'anatomie reste muette, quitte à lui chercher une autre interprétation? Ou bien devons-nous dès maintenant, au nom de l'anatomie, le rayer du cadre de la seméiologie psychiatrique? Cette seconde question seule a reçu une réponse, et c'est là maintenant le point qu'il nous faut examiner.

(*A suivre.*)

©BIUM

UN CAS DE POLYNÉVRITE

ET DE PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE

(MALADIE DE KORSAKOFF)

A LA SUITE D'ANTHRAX DANS LE COURS D'UNE PSYCHOSE MÉLANCOLIQUE AIGUE

Par le Privat-Docent SERGE SOUKHANOFF

et le Dr B. TCHELTZOFF

(*Travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Moscou.*)

Dans le cours des maladies mentales qui ne sont pas accompagnées par des symptômes de lésion organique du cerveau, parfois on peut observer différentes complications de la maladie basilaire par des lésions organiques du système nerveux. Comme tel symptôme-complexus accessoire, apparaît parfois le symptôme-complexus du délire aigu qui peut se joindre à diverses maladies mentales. Quelquefois, à la suite d'une maladie physique quelconque, chez un malade atteint d'une maladie psychique, apparaît un tableau très marqué d'une polynévrite accompagnée de phénomènes caractéristiques de la maladie de Korsakoff.

Il n'y a rien d'étonnant, sans doute, dans cela, que le délire aigu et la psychose polynévritique, étant des entités morbides par eux-mêmes, peuvent en même temps apparaître, comme symptôme-complexus accessoire dans certaines maladies mentales; les conditions nécessaires au développement de l'une ou l'autre psy-

©BIUM

chose organique diffèrent des conditions dans lesquelles se développe la maladie mentale d'un caractère non-organique ; il est donc compréhensible alors que le délire aigu ainsi que la cérébropathie psychique toxémique du professeur Korsakoff, puissent se manifester tout aussi bien chez un individu bien portant ou se joindre à une psychose quelconque existant déjà. Dans ce cas survient une modification très marquée dans le tableau clinique de la maladie mentale, qui existait déjà ; alors, il faudra déjà parler de la coexistence de deux psychoses, dont l'une sera d'un caractère non organique et la seconde d'un caractère organique. Un cas de ce genre a été observé en automne 1900, dans la clinique psychiatrique de Moscou.

La malade D..., âgée de quarante-neuf ans, entre dans la clinique psychiatrique le 13 septembre 1900. D.... provient d'une famille psychopathique; elle-même dans son enfance était très capricieuse; elle devint depuis longtemps déjà emportée, irascible, soupçonneuse, s'offensant très facilement; en outre on remarquait dans son caractère des phénomènes hystériques très marqués. Elle était très énergique dans la vie pratique, et, malgré le manque de moyens matériels, elle savait bien arranger ses affaires de famille. Au commencement du mois de mai (1900), la malade s'agitait beaucoup à propos de la destinée de l'un de ses fils qui s'adonnait aux boissons fortes. Au mois de juillet elle commença à ressentir de l'angoisse, devenait quelquefois pensive; en se promenant, elle s'arrêtait court parfois et se tenait sans mot dire à une place pendant un certain temps. Au mois d'août elle disait que sa famille va périr, que des malfaiteurs voleront tout son avoir. Ensuite, apparurent des idées d'auto-accusation; elle voulait finir sa vie, essaya de se pendre, de s'étrangler par une éponge qu'elle se fourra dans la bouche, avala un bouchon. Bientôt elle commença à dire que son gosier est bouché, que ses intestins pourrissent, priait de la sauver, s'arracha une dent; en général, elle avait une tendance à faire un mal quelconque aux personnes qui l'entouraient; elle les pinçait, les égratignait, elle gémissait, criait, disait que sa position actuelle est pire que

celle d'un chien. Les derniers jours elle se refusait de manger et dormait mal.

Etat présent. La malade est une personne de bonne constitution, assez forte; il y a sur son corps beaucoup de taches bleues. Auprès de la clavicule gauche on peut voir un gonflement limité très compact, où ensuite se développa l'anthrax; la langue est sèche, les lèvres aussi. La malade s'agite constamment, disant que tout lui fait mal, qu'elle a une constipation et une rétention d'urine, que toutes les ouvertures de son corps sont bouchées, que ses bras sont démis, qu'elle a la gangrène, qu'elle ne voit plus rien; la malade s'oppose à tout, se fâche contre les personnes qui l'entourent, gémit haut, crie, tâche de faire du mal aux personnes qui l'approchent.

Une semaine après son entrée, la malade s'agitait toujours, mangeait peu et s'opposait, lorsqu'on voulait la nourrir; elle s'agitait, se levait du lit, manifestait beaucoup d'idées hypocondriaques, de désespoir, d'angoisse, gémissait, disait qu'elle n'a plus de mains, de pieds, d'yeux, d'oreilles, d'estomac, de vessie. Elle reconnaissait les personnes qui l'entouraient et savait les distinguer. Le sommeil était tantôt très mauvais, tantôt meilleur. La température oscillait entre 36°6 et 38°0.

Le 20 septembre, après la ponction de l'anthrax, il y avait beaucoup de pus ichoreux. Les jours suivants, après l'opération, la température devint en somme moins élevée, mais continuait encore à osciller. Dans la sphère psychique on ne remarqua point de changement après l'opération; mais il faut remarquer pourtant que la malade devint plus calme, quoiqu'elle continuât à manifester les mêmes idées hypocondriaques, criait parfois, gémissait, jetait sa couverture par terre, se fâchait contre son entourage. Le 24 septembre la température s'éleva jusqu'à 39°2. Depuis lors la température se tenait toujours élevée et oscillait entre 38°0 et 39°0; une fois elle atteignit jusqu'à 39°6 et une fois s'abaissa jusqu'à 37°0. Depuis l'élévation plus accentuée de la température commencèrent à apparaître chez la malade, sur certaines parties du corps, différentes tumeurs avec rougeur et abcès. Simultanément avec cela on remarqua chez elle l'apparition des symptômes de la lésion organique du système nerveux : la pupille gauche devint bien plus large que la droite, une parésie du nerf facial gauche; dans les extrémités supérieures et inférieures apparut une faiblesse en forme de parésie et des douleurs, surtout dans les extrémités inférieures, les réflexes rotuliens disparurent; ensuite

©BIUM

les douleurs dans les extrémités cessèrent et firent place à des anesthésies profondes et à une faiblesse des extrémités qui atteignit à un très grand degré, surtout dans les membres inférieurs. Simultanément avec l'apparition de la faiblesse dans les extrémités l'état psychique subit un changement très marqué, à savoir : la malade devint plus calme, mais ne pouvait plus bien s'orienter dans son entourage ; sa mauvaise humeur agitée resta ; les idées hypocondriaques diminuèrent, mais la malade s'agitait souvent à propos de ses enfants, en priant d'avoir pitié d'eux ; elle répétait sa prière plusieurs fois par jour ; en même temps on pouvait observer que la malade, non seulement s'embrouille dans son entourage, mais que souvent elle oublie même ce qu'elle venait de demander, et ce qu'on venait de lui répondre. Tantôt elle s'imagine qu'elle n'est pas dans un hôpital, mais qu'elle est venue dans une maison de banque pour recevoir sa dette, mais qu'elle n'a pas trouvé à la maison son créancier ; tantôt elle pense qu'elle reste à la clinique durant trois jours, tantôt durant deux semaines. La faiblesse de la malade augmentait de plus en plus, elle maigrissait beaucoup. Ayant vu sa fille le 2 septembre, la malade l'oublie bientôt ; elle oublie aussi très vite lorsqu'elle voit le médecin. Parfois elle pense qu'elle est à la maison, appelle ses enfants, son mari, qu'elle gronde pour son insouciance ; tantôt il lui paraît qu'elle voyage, qu'elle va dans une autre ville, se trouve dans une station de chemin de fer ; tantôt elle s'imagine qu'elle vient de revenir du bain, craint de prendre froid, prie de mettre sur la table l'argent que sa cuisinière lui a apporté comme reste, etc. La malade dit souvent qu'elle va mal, qu'elle va mourir bientôt. Le 10 octobre, elle devint plus indifférente à tout ce qui l'entourait, somnolente et encore plus faible. Le 15 octobre, issue léthale.

En passant à l'examen du diagnostic clinique du cas donné, nous aurions voulu attirer avant tout l'attention sur ce fait que la manifestation externe du trouble mental chez notre malade ne peut être envisagée comme une seule maladie. Il est indubitable que nous avons ici la coexistence de deux maladies psychiques. A l'entrée de la malade à la clinique, nous avons noté chez elle un état de dépression, d'angoisse, de peur, une

masse d'idées hypocondriaques et une continuelle agitation : l'état mélancolique, chez elle, était accompagné d'une agitation motrice, de refus d'aliments et de résistance à tout ce qu'on lui proposait. Puis, assez vite, le tableau clinique changea ; la malade commença à manger ; l'émotion d'angoisse s'affaiblit graduellement, les idées hypocondriaques, très stables avant, disparurent progressivement ; en même temps il saute aux yeux que la malade ne peut pas bien s'orienter dans son entourage, devient oublieuse, invente toutes sortes d'histoires invraisemblables, c'est-à-dire que, de pair avec le trouble très accentué de mémoire, apparurent des réminiscences fausses ou des pseudo-réminiscences. Mais encore, avant la modification de l'état psychique de la malade, on remarqua chez elle une faiblesse des extrémités et des douleurs dans ces dernières, surtout dans les pieds, avec une anesthésie profonde et des phénomènes paralytiques. Il n'y avait plus aucun doute que, dans le cas donné, s'est développé une polynévrite pyohémique, avec la manifestation de laquelle apparurent les phénomènes de psychose de Korsakoff ; l'un des phénomènes les plus caractéristiques de cette dernière est un trouble de mémoire sous forme d'une simple amnésie ou ensemble avec de fausses réminiscences. En effet, avec le développement de la polynévrite, la malade commença à raconter des histoires imaginaires concernant cela, où elle a été et où elle va aller bientôt ; mais elle oubliait très vite ce qu'elle venait de dire, ne savait pas où elle se trouvait, à la maison ou dans un hôpital. Mais tout de même, avec l'apparition du tableau de la psychose polynévritique, la mauvaise humeur restait toujours, quoique moins profonde que jusque là ; on dirait comme si l'émotion mélancolique d'avant avait fait place à la psychose polynévritique. En ce qui concerne la cause de l'apparition des symptômes polynévritiques dans le cas donné, il

©BIUM

n'y avait point de doute qu'elle ait été provoquée par l'anthrax, qui a causé l'infection du sang par la toxine pyohémique. Cette dernière a provoqué des phénomènes de polynévrite, en influant, non immédiatement sans doute, sur les troncs nerveux, mais en paralysant avant tout la fonction des glandes, auxquelles on attribue la capacité de neutraliser les produits pernicieux de l'échange nutritif; l'accumulation de ces produits mène à l'auto-intoxication, qui s'exprime par des symptômes polynévrytiques. Dans de pareils cas, malgré la variation des moments étiologiques, le tableau de la maladie sera en général le même. Il est connu que très souvent la polynévrite est observée en dépendance de l'alcoolisme; quant aux cas de polynévrite à la suite de la pyohémie, ils sont comparativement assez rares. Il n'y a point longtemps que le Dr Statkevitch (1) a décrit un cas de ce genre (sans autopsie, il est vrai), d'une polynévrite aiguë et d'une psychose de Korsakoff, s'étant développées sur le terrain d'un phlegmon; mais l'auteur en question ajoute que dans son cas « on ne pouvait pas catégoriquement réfuter l'intoxication alcoolique ». Quant à notre observation, sous ce rapport elle apparaît plus pure, puisque la polynévrite se développe chez notre malade en dépendance d'une pyohémie, provoquée par un anthrax; pour autant que nous le connaissons, il n'y avait point d'influence alcoolique dans le cas donné.

Que c'était à une polynévrite que nous avions affaire dans notre cas, il n'y avait point de doute, car nous avions ici, durant la vie de la malade, tous les symptômes caractéristiques de la polynévrite : la faiblesse des extrémités, surtout des membres inférieurs, des dou-

(1) P. Statkevitch. Un cas de la psychose aiguë de Korsakoff. *Revue* (russe) *de médecine*, 1900, octobre.

leurs et des anesthésies, l'abolition des réflexes rotuliens, la lésion préalable des extenseurs, comparativement aux fléchisseurs, etc.

A l'autopsie, on observa, entre autres, les faits suivants : les diploés contiennent une quantité modérée de sang ; la dure-mère est remplie d'une quantité modérée de sang ; dans les espaces sous-arachnoïdiens il y a une grande accumulation d'un liquide transparent ; sur la surface convexe des hémisphères, la pie-mère est légèrement trouble ; la substance cérébrale est humide, œdémateuse et luisante ; sur la surface de la coupe apparaissent tout de suite des gouttes de sang. Au cou, à l'endroit du commencement du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, le tissu adipeux sous-cutané est imbibé de pus ichoreux ; l'articulation sterno-claviculaire droite est détruite et contient une grande quantité de pus (*arthritis purulenta sterno-clavicularis dextra cum periarthritide plegmonosa ichorosa*). La plèvre costale, dans la région de l'articulation sterno-claviculaire droite, est fortement hypertrophiée, trouble, recouverte d'exsudat fibrineux qui s'éloigne facilement ; la région supérieure du poumon droit est en état d'emphysème et d'œdème ; dans sa région inférieure se trouvent de petits abcès, et sur sa plèvre on voit de nombreuses ecchymoses. La rate est flasque, les reins sont augmentés de volume, d'une consistance molle ; sur la surface de leur coupe, dans les couches corticales et médullaires, on voit une quantité considérable d'abcès, d'une forme sphérique, entourés d'hémorragies ; sur l'enveloppe muqueuse du bassin rénal, de deux côtés, on peut voir des hémorragies pointillées.

Examen microscopique. Procédé de Marchi. *Région dorsale inférieure de la moelle*. Sur la coupe transversale du cerveau on voit une dégénérescence disséminée dans toutes les régions de la substance blanche. Le plus grand nombre de fibres dégénérées est observé approximativement dans les deux tiers antérieurs des cordons postérieurs et entre le bord interne de la corne antérieure et le sillon longitudinal antérieur. Dans les racines antérieures et postérieures on rencontre des mottes menues de myéline modifiée. Sur les coupes transversales des racines, dans leur partie extramédullaire, on remarque par places des petites mottes très menues, noires, se trouvant dans l'enveloppe myélinique elle-même. Les cellules de la corne

©BIUM

antérienre, ainsi que celles des cordons de Clarke, contiennent une quantité assez considérable de petits grains, disposés tantôt dans une partie du corps cellulaire, tantôt envahissant tout le protoplasma cellulaire. Une quantité assez marquée de petits points est disséminée dans les cornes antérieures. Gonflement des fibres myéliniques disposées par la périphérie de la moelle épinière.

L'intumescence cervicale. Les préparations de Marchi. On voit la même dégénérescence disséminée des fibres myéliniques, plus accentuée dans les cordons postérieurs et par places dans les cordons antéro-latéraux.

Le gonflement d'un assez grand nombre de fibres, disposées par la périphérie de la moelle épinière, saute aux yeux. Les cellules contiennent une quantité assez considérable de pigment.

Les préparations colorées par le bleu de méthylène donnent des modifications banales dans les cellules de la corne antérieure; on y observe, outre la modification de la forme, un gonflement, une chromatolyse centrale et, par places, une chromatolyse partielle et, plus rarement, une chromatolyse périnucléaire, une position excentrique du noyau et une désagrégation très marquée de grains chromatophyles.

Les nerfs périphériques. Pour l'examen furent pris : le nerf pédieux des deux côtés, le nerf radial des deux côtés, le nerf cubital gauche, le nerfs phréniques droit et gauche et le nerf pneumogastrique droit. Les morceaux de ces nerfs ont subi le traitement par l'acide osmique, et sur ces préparations furent reçus les résultats suivants :

a) *Nerf pédieux (droit et gauche).* Des phénomènes d'une névrite parenchymateuse très marquée. On observe çà et là un assez grand nombre de fibres fines et faiblement colorées.

b) *Nerf radial (droit et gauche) et nerf cubital gauche.* Les phénomènes de la névrite parenchymateuse sont ici moins prononcés que dans les nerfs cités plus haut.

c) *Nerfs phréniques droit et gauche et nerf pneumogastrique.* On peut observer des modifications analogues, mais à un degré encore plus faible.

Le muscle gastrocnémien. Préparations faites par le procédé de Busch. Ici saute aux yeux une dégénérescence graisseuse très marquée des fibres musculaires. Par places, on peut voir très nettement comment le tissu graisseux remplace la substance musculaire. Il existe des fibres musculaires, mais en

assez petite quantité, qui sont libres de la dégénérescence graisseuse. Une grande quantité de fibres musculaires contiennent des blocs menus colorés en noir et des globules très menus. La quantité des uns et des autres n'est pas égale dans différentes fibres musculaires ; il y a des fibres qui contiennent beaucoup de blocs et de globules, d'autres comparativement peu. Certaines fibres musculaires sont rembourrées totalement par eux.

Dans beaucoup de fibres musculaires ces blocs menus et ces petits globules sont disposés sans ordre visible ; mais par places on peut voir qu'ils forment dans la fibre musculaire des raies pointillées ou des traits allant de préférence dans la direction longitudinale par la fibre et parfois aussi dans la direction transversale. En suivant la marche des fibres musculaires isolées, on peut facilement s'assurer que la dimension d'une seule et même fibre n'est pas égale partout ; tantôt elle apparaît comme gonflée, tantôt la fibre devient plus fine, tantôt prend une marche sinueuse. Dans les fibres sans globules et sans blocs noirs, et dans celles qui en sont remplies à un degré insignifiant, on peut voir nettement des raies transversales. A l'examen des coupes transversales des fibres musculaires, on voit nettement que les blocs noirs très menus et les globules en question sont inclus dans toute la fibre musculaire.

L'examen microscopique a parfaitement confirmé le diagnostic de la polynévrite ; dans les nerfs périphériques ont été trouvés des phénomènes très marqués et très répandus de polynévrite qui étaient plus accentués dans les nerfs des extrémités inférieures que dans les nerfs des extrémités supérieures. Les modifications du côté de la moelle épinière étaient en général peu signifiantes et pouvaient être provoquées par diverses causes : par la température élevée, par l'intoxication pyohémique, etc. ; mais dans leur pathogénie, à ce qu'il paraît, a joué le même rôle la même auto-intoxication dont nous avons parlé plus haut et qui s'est manifestée dans une forme de névrite multiple. Les modifications spinales sont dues à la dégénérescence disséminée des fibres isolées dans différents cordons de la moelle épinière, un peu plus marquée, peut-être, dans les cordons postérieurs ; les modifications du côté des cellules donnent le tableau des modifications banales et déjà bien des fois décrites, qui ont été observées dans divers processus morbides.

Notre attention a été attirée, entre autres, par des

modifications trouvées au traitement du morceau du muscle gastrocnémien ; les modifications dans les fibres musculaires apparaissent ici assez considérables ; on pouvait constater dans ces fibres une dégénérescence graisseuse très marquée, l'amincissement et la disparition de la substance musculaire dans certaines fibres, etc. Pour l'explication des modifications dans le muscle gastrocnémien, dans le cas donné, on peut supposer : premièrement, que ces modifications sont d'une origine secondaire et dépendent de la lésion du nerf périphérique correspondant ; secondement, elles peuvent être envisagées comme une lésion primaire ; à savoir, on a raison de croire que les modifications musculaires ont été provoquées par la même auto-intoxication générale et que leur pathogénie est analogue à la pathogénie du processus névritique. Mais, d'après notre avis, il est plus probable que ces modifications musculaires dépendent en même temps d'un processus primaire et d'un processus secondaire.

Ainsi donc, l'examen microscopique a démontré que dans le cas donné existent des modifications du côté de la moelle épinière et du côté des nerfs périphériques et des muscles ; si nous ajoutons à cela des modifications du côté du cerveau (des phénomènes psychiques particuliers), alors la coexistance de tous ces faits indique très nettement que le cours de la psychose mélancolique aiguë a été compliqué par une lésion organique de tout l'appareil nerveux et musculaire, qui porte le nom de polynévrite, d'après l'un de ces symptômes les plus visibles.

©BIUM

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ IX. — *Différentes formes de la tendance au suicide.* — La tendance au suicide peut revêtir différentes formes que nous décrirons succinctement.

1° *Forme impulsive.* — Nous ne voulons pas faire la pathogénie de l'impulsion, ni nous attarder à décrire les conditions multiples dans lesquelles elle se développe.

On a remarqué l'alternance très fréquente de l'épilepsie avec les actes impulsifs au suicide et l'on tend de plus en plus à assimiler les impulsifs psychiques aux épileptiques (Maudsley, Pierret, Ottolenghi, Magnan, etc.); ce sont ceux que l'on est convenu d'appeler des « épileptisants » ; la convulsion de l'idée remplace la convulsion musculaire. « Il est bon d'observer, dit Magnan, que ces folies (monomanie instinctive, impulsive) deviennent d'autant plus rares qu'on étudie mieux l'épilepsie, et probablement c'est à elle seule qu'on parviendra peu à peu à les rattacher. »

Obs. XXIX. — Un de nos malades, jeune homme de vingt ans, qui depuis plusieurs mois déjà s'était livré à la boisson et absorbait journellement deux verres d'absinthe en moyenne,

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901, et janvier-février, mars-avril 1902.

©BIUM

avait présenté avant son entrée à l'asile deux attaques convulsives, provoquées certainement par des abus alcooliques. Depuis l'internement, par suite de la cessation forcée de ses habitudes d'intempérance, les crises convulsives ne se sont plus montrées ; mais le malade a eu une impulsion suicide. Un soir, on le vit sortir vivement son mouchoir de poche, se l'enrouler autour du cou et tirer fortement sur les deux extrémités pour essayer de s'étrangler. Il est immédiatement arrêté dans ses projets par un gardien. Ce malade est dans un état d'obnubilation intellectuelle qui se dissipe peu à peu, au bout de vingt minutes environ. Le malade ne se souvient pas d'avoir fait une tentative de suicide.

Si nous relatons ici cette observation, c'est qu'elle nous paraît offrir un certain intérêt en ce qu'elle montre bien les relations des actes impulsifs avec les états convulsifs. Quoi qu'il en soit de cette parenté qui tend à s'affirmer, disons que, généralement, dans l'impulsion au suicide comme dans les autres actes impulsifs, l'individu est poussé tout à coup par une force irrésistible, sans phénomènes prémonitoires bien appréciables (1), et que l'acte suicide s'accomplit en dehors de la volonté.

Foville (2) rappelle l'histoire de cette dame qui, assise sur un banc de jardin, dans un état inusité de tristesse, se lève tout à coup, et se jette dans un fossé plein d'eau comme pour se noyer et qui, sauvée et revenue à une lucidité parfaite, déclare, au bout de quelques jours, qu'elle n'a aucune conscience d'avoir eu l'idée de suicide, ni aucun souvenir de la tentative qu'elle a commise.

Paul Moreau (de Tours) (3) cite l'observation suivante : « Le fils du sieur P..., voiturier, enfant de douze ans, fut envoyé par son père à l'écurie, afin de voir si

(1) Chez certains malades cependant, les épileptiques entre autres, l'impulsion est parfois précédée d'une aura.
(2) Foville. Article « Folie », in *Nouv. Dict. mêd. et ch.*
(3) P. Moreau. *La folie chez les enfants*, 1888, p. 245.

©BIUM

les chevaux avaient la quantité de fourrage nécessaire pour la nuit.

« L'enfant obéit; un quart d'heure s'écoule, il n'est pas revenu. Le père, surpris, l'appelle, et n'obtenant pas de réponse, prend une lanterne et se rend lui-même à l'écurie. Mais à peine a-t-il entr'ouvert la porte qu'il aperçoit son enfant pendu à l'aide d'un cordon au râtelier des chevaux. Heureusement, ce malheureux, se débattant contre la mort, avait pu poser ses pieds sur le bord de l'auge, de sorte que l'asphyxie n'était pas complète, et le père s'étant hâté de couper la corde, il put être rappelé à la vie. Interrogé sur les motifs qui avaient pu le le porter à attenter à ses jours, l'enfant répondit qu'il n'en avait aucun, que cela lui avait pris tout à coup et qu'il y avait été poussé par une force irrésistible. »

L'inconscience, ou plutôt l'amnésie, caractérise, avons nous-dit, l'impulsion au suicide, celle que l'on observe de préférence chez les épileptiques. Mais il s'en faut que l'acte impulsif se présente toujours avec ce caractère même chez les épileptiques; la conscience est souvent entière et le souvenir intact. Dans de nombreux cas, l'individu a conscience de ce qu'il va faire, mais il ne conserve pas assez de force morale pour résister, il se sent entraîné malgré lui à un acte qui ne lui inspire que de l'horreur, il invoque le secours de son entourage et demande à être surveillé.

Obs. XXX. — Une femme, âgée de quarante-neuf ans, dont une sœur et une tante maternelle sont mortes aliénées, entre à l'asile pour la deuxième fois. Depuis quelques mois, cette malade se croit atteinte d'une affection du cœur; cette idée la rend malheureuse, des impulsions au suicide compliquent cet état mélancolique. La malade a conscience de son état, elle recommande à son entourage de la surveiller attentivement, car, dit-elle, lorsque les idées de suicide surviennent, elle ne peut les maîtriser et se détruirait contre sa volonté. A l'asile, elle essaie de s'ouvrir les veines avec une épingle. Lors de son

©BIUM

premier internement, cette femme a présenté le même état mental avec impulsions au suicide; deux tentatives : veut s'empoisonner avec du phosphore, une autre fois se jette à l'eau.

Parfois aussi, l'impulsion perd en partie son cachet d'irrésistibilité. Il y a commencement de l'acte suicide; puis, soit que le malade éprouve certaines difficultés, qu'il lui faille un temps un peu long pour accrocher sa corde, pour se rendre près de la rivière, soit qu'il attende d'être seul pour ne pas être dérangé dans ses projets, ou pour toute autre cause, l'idée impulsive disparaît. Dans certains cas, à la première douleur ressentie, les malades s'arrêtent dans leur tentative. Ces tentatives « avortées » se rencontrent de préférence, à notre avis, chez les hystériques, les débiles.

Obs. XXXI. — Une malade, âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament très nerveux, persécutée avec délire érotique et se faisant remarquer par sa mise excentrique et l'originalité de ses propos, a eu, à l'asile, une crise convulsive (hystérie?). De tout temps elle a présenté des impulsions au suicide; mais, sauf deux fois où la chose aurait pu mal tourner pour elle, elle s'en est tenue à un commencement d'exécution. C'est ainsi qu'à l'asile l'idée lui vient subitement de se pendre; elle dispose cinq fois des cordes dans ce but, puis, la corde fixée, ne veut plus se détruire: plusieurs fois elle a réfléchi qu'on pourrait la voir et a abandonné son projet. Un jour cependant, elle se pend, mais la corde avait été attachée trop bas.

Cette malade est très loquace, raconte et écrit volontiers ses faits et gestes. Voici, textuellement reproduit, un extrait de ses lettres : « Un soir, à 8 heures, M. et M^me^ B... sont venus me voir pour la première fois; je les ai fait pénétrer dans la cuisine, mais, à la vue du charbon de bois, j'ai été frappée subitement du désir de me suicider par asphyxie. Cette pensée « vagabonde » est sortie brusquement de ma bouche, M^me^ B... m'a répondu que lorsqu'on voulait le faire on ne le disait pas; elle m'a « dévoré » mes idées de suicide... J'entre dans une maison privée; un dimanche matin, j'ai été subitement reprise de cette mauvaise inspiration. On aurait dit que le diable me

guettait. J'étais seule dans ma chambre pendant l'office de la messe; je me suis habillée, j'ai parcouru le parc et le clos pour trouver un endroit propice. Le hasard m'a conduite près du lavoir, qui n'était pas fermé; j'ai pénétré dans le grenier, où j'ai trouvé une corde, je l'ai fixée et me suis assurée que le nœud coulant fonctionnait très bien. La seule pensée qui me préoccupait en préparant ce cordage, c'est M. le directeur, que je ne voulais pas laisser dans l'embarras. C'est pourquoi je suis retournée au salon pour disposer sur une feuille de papier ma détermination; le salon s'est trouvé fermé, et c'est en retournant au clos que mes idées ont pris un autre cours ».

Chez certains neurasthéniques, chez quelques dégénérés, l'impulsion se manifeste sous la forme d'un désir violent de mettre fin à leurs jours, désir auquel les malades peuvent résister souvent pendant fort longtemps. Manning (1) a publié une lettre de malade; l'infortuné qui en est l'auteur dépeint en termes saisissants les souffrances qu'il éprouve. Depuis dix-sept ans, cet homme lutte contre des impulsions à l'homicide et au suicide. Couché la nuit près de son père, il voit dans la chambre un poignard et est assailli par la tentation de devenir parricide. Est-il en voyage, il est envahi du désir de sauter du wagon ou d'en précipiter ses compagnons de route. Il est profondément religieux et puise des consolations dans la Bible. Il n'a jamais eu d'hallucinations. Il est marié et doit cacher avec soin à sa femme et à ses enfants les angoisses qu'il endure.

Le plus souvent, l'impulsion naît sans cause déterminante appréciable; quelquefois aussi, c'est la vue du sang, d'un couteau, d'une arme à feu, etc., qui la provoque. Un monsieur se rase; il se coupe : à la vue du sang, il est saisi subitement de l'idée de se tuer et se fait des blessures terribles (2).

(1) Manning. Folie morale, in *Mental science*, 1882.
(2) In *Journal of psychol. medecine*, 1851.

Obs. XXXII. — Une femme qui avait eu plusieurs fois des tendances impulsives au suicide, greffées sur un fonds de confusion mentale, est l'objet d'une surveillance rigoureuse. Au bout d'un mois, elle paraît raisonnable, s'occupe un peu dans le quartier. Un matin, conduite à la cuisine pour aller chercher le déjeuner, ses yeux tombent par hasard sur un long couteau; elle s'en empare précipitamment et se coupe le cou avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Lorsque nous étudierons la tendance au suicide chez les épileptiques, les alcooliques, les hystériques, chez certains dégénérés, nous verrons les manifestations de l'impulsion chez ces malades.

2° *Forme obsédante.* — Le premier degré de l'obsession est presque physiologique. « Chacun de nous, dans certains moments de fatigue ou de surexitation nerveuse, a observé chez lui-même ce phénomène; on est obsédé par un mot, une phrase ou une idée qui vous revient continuellement à la pensée, que l'on ne peut parvenir à chasser et qui s'impose à nous, malgré nous. » L'idée du suicide chez certains prédisposés peut éclater en pleine santé cérébrale apparente, mais le plus souvent lorsque certains troubles mentaux ont déjà apparu. « Par cela même, dit Falret, que ces malades ont la crainte d'être poussés malgré eux à se faire du mal et qu'ils songent constamment à l'objet de leur crainte, ils s'y sentent comme invinciblement attirés. Plus on cherche à écarter une idée, plus elle s'impose à l'esprit (1).

Obs. XXXIII. — Femme âgée de cinquante-cinq ans; sa famille est généralement composée de gens nerveux, peut-être même s'y est-il trouvé des aliénés. Maladies ordinaire de l'enfance : rougeole, variole, fièvre typhoïde. Plus tard et dans toute sa vie des tendances aux rhumatismes; dit qu'elle s'est

(1) Falret. *Études cliniques*, p. 509.

toujours connue excitable et méchante; mais « elle a apporté cela en venant au monde ». Mariée à vingt-cinq ans : quatre enfants, dont deux vivants et n'ayant rien de particulier. La malade croit avoir trop travaillé dans sa vie et n'avoir pas assez mangé; c'est de là que viendrait le délabrement général où elle se trouve. D'autre part, elle s'est mise à tousser, depuis deux mois surtout, et peu à peu s'est figuré qu'elle était perdue, qu'elle allait mourir. Cette idée est devenue de plus en plus tyrannique, obsédante. Un sorcier fameux ne l'ayant pu guérir, elle fut de plus en plus dominée par la peur de mourir. Ces idées noires faisaient place de temps en temps à un état d'esprit plus calme; mais une rechute se produisait bientôt. Pas d'hallucinations, insomnies. Elle n'a pas fait de tentative de suicide mais redoute d'être obligée de recourir à la mort volontaire. Elle a peur du suicide, mais y pense constamment malgré elle et s'y sent invinciblement attirée, dit-elle, par les progrès de la maladie.

A l'asile, amélioration progressive et sortie au bout de quelques mois.

Obs. XXXIV. — La nommée B..., femme G..., âgée de quarante-cinq ans, est atteinte de mélancolie hypocondriaque. Rien ne la distrait; tout, au contraire, lui est pénible. L'idéation est ralentie, la volonté très amoindrie. Cette malade perçoit des douleurs variées qu'elle interprète mal; la céphalalgie et l'insomnie lui font croire que sa tête est « creuse »; la sensation de pesanteur stomacale et des troubles gastriques fréquents lui font penser qu'elle a des nerfs croisés sur l'estomac; l'angoisse, la gêne respiratoire lui indiquent qu'elle n'a plus de sang, ou du moins qu'il est altéré; les difficultés de penser, d'associer ses idées, lui font dire que son cerveau est « vide ». Elle se lamente de cet état, pleure, dit qu'elle ne guérira pas, etc. C'est dans ces conditions que surgit la pensée du suicide; la malade voyant l'eau, par exemple, se dit qu'il serait très facile d'être délivrée à jamais de ses maux; la vue d'un couteau lui suggère la pensée qu'elle pourrait brusquement terminer sa vie et débarrasser les siens.

Peu à peu et à son insu, cette idée d'un suicide possible fait des progrès dans son esprit et finit par l'occuper entièrement. C'est en vain qu'elle essaie de chasser une idée si contraire à ses croyances religieuses. Elle se dit aussi qu'elle ne veut pas laisser son mari et ses enfants, que tout n'est pas fini pour elle, qu'elle guérira peut-être, etc. Mais rien n'y fait, l'idée de

©BIUM

suicide est toujours présente à son esprit, et un jour la malade se jette dans un puits, d'où elle est retirée pour être internée.

Obs. XXXV. — Une femme de trente-cinq ans, dont la mère a été aliénée, est à son troisième séjour à l'asile. Elle entre chaque fois pour lypémanie avec idées obsédantes de suicide. Des discussions dans le ménage, des pertes d'argent ont été les causes déterminantes des différents accès d'aliénation mentale. La malade tombe dans la mélancolie, l'idée du suicide se présente à elle, elle veut la chasser, impossible. C'est alors que, craignant de succomber, elle provoque elle-même son internement.

18 juillet. Certificat d'entrée. Est atteinte de lypémanie simple depuis le mois d'octobre dernier : craintes chimériques, se figure qu'il est inutile de vivre parce qu'on va vendre ce qu'elle possède; est en proie au découragement, se montre indifférente vis-à-vis des siens. Obsédée parfois par des idées de suicide dont elle ne peut s'affranchir et a peur d'y céder. Croit qu'un changement de milieu lui chassera ses idées et, dans cette intention, manifestait le désir de voyager. A demandé elle-même à venir à l'établissement. A déjà été atteinte à plusieurs reprises des mêmes symptômes.

Sortie, puis rentrée le 31 mai 1893.

Deuxième certificat d'entrée. Est atteinte de lypémanie simple; déjà traitée à l'asile, elle était sortie en 1891. Les mêmes symptômes ont reparu, Elle a demandé elle-même à venir.

Sortie guérie le 30 décembre 1893. Rentrée le 16 mars 1894.

Troisième certificat. Est atteinte pour la troisième fois de mélancolie suicide. A demandé elle-même à revenir.

Obs. XXXVI. — B..., veuve C..., est atteinte de folie avec conscience. Cette malade était sortie guérie il y a une quinzaine de jours, quand de nouveau elle a été envahie subitement par l'idée de se détruire. En effet, elle a essayé de s'ouvrir les veines avec un mauvais ciseau. La malade gémit sur sa situation, dit qu'elle a toujours malgré elle la pensée de se détruire et, qu'à certains moments, elle n'est plus maîtresse d'elle-même; aussi demande-t-elle à Dieu d'être débarrassée d'une idée qu'elle ne peut vaincre.

Ainsi l'obsession, après avoir duré un temps plus ou moins long, finit par se transformer en impulsion. Si certains malades résistent longtemps à leurs obsessions,

dix ans, vingt ans et même plus, comme on en cite quelques exemples, la plupart, au contraire, surtout les dégénérés, en arrivent rapidement à l'acte impulsif. Nous croyons même que, presque toujours, l'obsession est le préliminaire habituel de l'impulsion, si l'on en excepte toutefois les épileptiques francs ou larvés. Le malade se sent attiré à un acte de suicide qu'il réprouve, sa conscience lutte avec ce désir morbite de la mort qui devient de plus en plus obsédant; mais bientôt, dans l'angoisse qui l'étreint, sa volonté chavire et il est entraîné malgré lui : l'état obsédant se termine par un acte impulsif.

3° *Forme hallucinatoire.* — Obs. XXXVII. — « En novembre, nous écrit un de nos malades, je perds de plus en plus l'appétit, mes forces diminuent; dans un état de maigreur assez considérable, je tombe sérieusement malade. Après un mois de congé, je reprends ma classe, contrairement aux conseils du médecin; je la fais convenablement pendant cinq jours. Fatigué, ennuyé par de mesquines discussions intérieures, je perds encore le sommeil. Très troublé, je le suis plus encore; je n'ai confiance à peu près en personne, je crains d'être empoisonné, et j'entends des voix, notamment celle d'un camarade B..., qui me dit de fuir à tout prix, de me tuer par tous les moyens possibles pour échapper au supplice fait avec des instruments de torture du moyen âge... Je crois que ma chambre roule; B... me presse toujours de me tuer, puis il me dit que sa machine aérienne est à ma fenêtre et me conseille d'engager un combat violent contre ceux qui me surveillent et de sauter par la fenêtre... Dans un état de tension d'esprit considérable, le moindre bruit m'épouvante; ne mangeant pas, ne buvant pas, j'en arrive à divaguer de plus en plus. B... me dit toujours qu'il vaut mieux me tuer que de supporter la torture des siècles passés; aussi je dois chercher la mort à chaque fois que je crains l'arrivée des bourreaux. » Ce malade a voulu se précipiter à plusieurs reprises par la fenêtre et a essayé trois fois de s'étrangler.

Obs. XXXVIII. — Une malade nous écrit : « Je souffre beaucoup de la tête. Avec cela, il me semble que je dois subir toutes sortes de supplices, que je dois être jetée dans une fosse

©BIUM

avec des animaux féroces, ou bien, ce qui m'épouvante encore plus, dans un tas d'hommes sauvages, des nègres. J'entends que l'on discute quel sera le supplice le plus infâme, et à la tête de ces hommes barbares est mon mari, les excitant, leur donnant des idées de férocité raffinée. Comment éviter cette torture? Par la mort? Quelques forcenés me commandent de me la donner si je veux éviter ce qui se prépare d'épouvantable pour moi. »

Obs. XXXIX. — Femme âgée de cinquante et un ans, atteinte de lypémanie avec hallucinations de l'ouïe et idées de persécution. Malade depuis deux ans; se plaint notamment de douleurs de tête. Croit qu'on lui a jeté un sort; entend, dans les paroxymes de ses douleurs, une voix qui lui dit de se faire du mal. Durant son internement, cette malade a manifesté, à plusieurs reprises, des tendances hallucinatoires au suicide accompagnées de violentes céphalalgies et d'un état anxieux Sortie améliorée au bout de six mois.

Obs. XL. — Une malade, âgée de quarante-trois ans, a fait deux séjours antérieurs à l'asile et une tentative de strangulation lors de son deuxième internement. Troisième entrée : l'amélioration depuis sa sortie avait été progressive. Rechute il y a un mois; depuis quatre jours son affection est arrivée à la période aiguë; elle entendit un soir une voix intérieure, qui rappelait celle d'une personne aimée et qui sortait, dit-elle, de son cerveau, et cette voix lui disait : « Quand tu verras approcher ta mère avec un tablier blanc, fais bien attention que c'est le signal de ta mort et précipite-toi par la fenêtre, tue-toi pour éviter de cruels tourments ». Elle suivit cet ordre, mais heureusement fut arrêtée au moment où elle courait à la fenêtre.

Obs. XLI. — « Monsieur le docteur m'a prié, nous écrit une malade, de vouloir bien lui dire ma pensée au sujet de ma maladie. Pour le moment je suis bien mieux, mais quand les noirs me prennent, il y a une parole qui dit en moi qu'il faut que j'en finisse avec la vie... Je suis très bien, on est bien bon pour moi; je n'ai que des remerciements à faire à M. le docteur, ainsi qu'à toutes ces dames, des bons soins que l'on me donne. Tout ce que je peux dire, c'est que, dans mes moments de noirs, je ne réponds pas de moi; je me tuerais très bien puisqu'il y a une parole en moi qui me commande de le faire ».

Ces quelques exemples nous paraissent assez typiques et nous dispensent d'entrer dans de longues considéra-

©BIUM

tions. Ajoutons cependant que c'est fort souvent la voix de Dieu, du démon, qui commande le suicide. Esquirol cite un démonomane qui prétend que c'est le diable qui lui dit d'aller se noyer. Nous avons vu que dans l'épidémie de Lorraine, en 1595, les malades sentent en elles la voix du démon qui les pousse au suicide.

Une malade, observée par Vallon et Marie, se croit damnée et poursuivie par les diables ; elle est particulièrement obsédée par une voix intérieure qui lui dit de se jeter à l'eau. Bien que cette voix soit contredite par une autre, elle s'est jetée à plusieurs reprises dans un bassin pour se noyer.

Il arrive en effet quelquefois, qu'à défaut de la conscience, le malade soit arrêté dans sa détermination au suicide par une hallucination de l'ouïe. Ces faits sont assez rares.

Obs. XLII. — Un malade nous raconte ainsi ce qui lui est arrivé : « Vers la fin du mois de mars dernier, j'avais des étourdissements qui me prenaient par moments. Si je causais avec quelqu'un, je me figurais que chacun cherchait à me faire dire du mal du prochain, à m'espionner, que tous mes parents m'en voulaient; enfin, j'accusais ma mère d'avoir eu de l'inconduite, je croyais qu'elle voulait m'empoisonner, je me figurais que j'allais être cause des guerres qui devaient venir. Il me semblait aussi que le diable habitait notre maison, et par moments j'étais persuadé qu'on devait venir me tuer. Une nuit je me suis levé et je suis parti. Je suis allé jusqu'à la rivière avec l'intention de me jeter à l'eau, mais j'ai entendu une voix qui me disait de ne pas le faire, si bien que je suis retourné chez nous. »

Obs. XLIII. — Une femme que nous avons observée il y a déjà longtemps, prétendait qu'elle avait une oreille « mauvaise » l'incitant à mettre fin à ses jours, et une oreille « bonne » l'empêchant de se livrer à des tentatives de suicide.

Les hallucinations impératives de l'ouïe sont souvent unilatérales, et, dans ce dernier cas surtout, elles sont fréquemment sous la dépendance de lésions de l'appareil auditif. Cette notion est importante, et nous y re-

viendrons lorsque nous nous occuperons du traitement.

4° Dans la plupart des états mélancoliques le suicide est une conséquence plutôt logique du délire. Chez certains mégalomaniaques, dégénérés et déments, le suicide est souvent déterminé par des conceptions délirantes bizarres, extravagantes, ainsi que l'on pourra s'en convaincre lorsque nous aborderons l'étude du suicide chez ces malades.

§ X. — On connaît les phénomènes qui accompagnent d'ordinaire les états impulsifs et obsédants. En ce qui concerne le suicide, ils n'offrent rien de particulier et s'y présentent avec les mêmes caractères. Il nous paraît donc inutile de les rappeler ici. Nous voulons surtout insister sur les troubles de la sensibilité.

La céphalalgie est un symptôme presque constant chez les mélancoliques à idées de suicide. Sur vingt-cinq mélancoliques que nous avons examinés à ce point de vue, nous avons noté ce symptôme chez près des trois quarts des malades : « On ne peut se faire une idée de ma souffrance, je suis trop malheureuse, je voudrais mourir, la tête et les yeux me font trop mal, cela durera trop longtemps » ; « Je souffre toujours de la tête ainsi que du dos, j'ai les membres appesantis, la marche m'est pénible ». Une mélancolique qui a déjà fait deux tentatives de suicide se plaignait d'une douleur de tête siégeant au niveau de l'occiput ; on notait chez elle certaines recrudescences de sa douleur accompagnées toujours d'un désir plus vif de mettre fin à ses jours : « C'est trop souffrir ; il me semble qu'une vrille me déchire le cerveau, ma tête va éclater ; je veux mourir ». Une autre malade accusait par intermittences de la céphalalgie pariétale droite avec douleurs orbitaires, et les idées de suicide revenaient avec plus d'intensité.

L'affaiblissement de la sensibilité générale, allant

©BIUM

parfois, dans certaines conditions, jusqu'à l'abolition complète, est aussi à noter. Cet état d'anesthésie plus ou moins profonde favorise considérablement l'acte suicide, et permet ces mutilations cruelles que certains aliénés exercent sur eux-mêmes, ces tentatives réitérées de suicide exécutées avec une véritable sauvagerie, ainsi que Billod en a cité un exemple. Cet auteur rapporte l'observation d'un individu qui étant descendu dans une cave y est subitement pris d'idées de suicide. Aussitôt il saisit un instrument tranchant avec lequel il se fait à la partie antérieure du cou une blessure transversale de 7 à 8 centimètres de longueur. Le sang coula abondamment pendant quelques instants, mais le malade, voyant qu'il n'avait pas atteint son but, se fit, avec le même instrument, une blessure au pli du coude gauche. Ayant encore échoué, il se frappa au bras droit, puis au-dessus du nombril. Enfin, en désespoir de cause, il se balafra l'hypogastre par sept ou huit incisions transversales. A ce moment la sensibilité se réveilla, l'instinct de la conservation reprit son empire, et ce malheureux sortit de la cave.

Chez les impulsifs, au moment de leurs accès, la douleur n'est plus perçue.

Les troubles de la sensibilité ont été constatés depuis longtemps, en particulier chez les mélancoliques, les hystériques (Calmeil, Esquirol, Moreau (de Tours), B. de Boismont, Briquet, Lasègue). Nous-même avons exploré la sensibilité chez quelques-uns de nos malades : chez la plupart elle était seulement affaiblie ; chez quelques autres, plus tourmentés, elle paraissait très amoindrie : des piqûres, même profondes, n'amenant que peu de réaction ; chez certains enfin il y avait sensibilité normale, et quelquefois de l'hyperesthésie.

Une distinction s'impose. Chez l'idiot et l'imbécile, la sensibilité peut être congénitalement très obtuse, le

système sensitif n'a pas acquis son développement normal, et n'a pu être perfectionné par l'éducation. Chez le mélancolique ordinaire, chez l'halluciné, le système sensitif est normal, mais le centre perceptif encéphalique, occupé exclusivement des idées délirantes qui l'absorbent entièrement, ne perçoit plus ou perçoit mal, dans les paroxysmes lypémaniaques ou hallucinatoires, les excitations douloureuses périphériques. Il y a là un phénomène d'inhibition, et non une diminution ou une abolition réelle de la sensibilité.

Obs. XLIV. — Un de nos malades, lypémaniaque religieux, en proie à des idées d'indignité, à la peur des peines éternelles, veut faire le sacrifice de sa vie pour racheter ses fautes ; mais, très exalté à ce moment, il veut encore ajouter à son châtiment, et met la main gauche dans un fourneau ardent; il ne ressent qu'une vague brûlure. Il est arrêté par les siens, et conduit à l'asile.

Obs. XLV. — Une lypémaniaque, non hystérique, dont la tendance au suicide se manifestait avec plus d'intensité par intermittences, avalait alors des bouts de verre, des clous, des aiguilles, et ne ressentait aucune douleur. La sensibilité pharyngée, en temps ordinaire, étant cependant normale ; mais, au moment de l'exaltation suicide, elle disparaissait.

Un imbécile, dont l'observation est rapportée plus loin, avait voulu se couper le cou, et avec un bout de verre s'était fait plusieurs entailles : la douleur ressentie avait été minime. Chez ce malade la sensibilité était très affaiblie en tout temps : il fallait piquer fortement, pour amener une réaction douloureuse. Nous verrons que certains idiots se livrent sur eux-mêmes à des mutilations graves sans éprouver de douleur.

(*A suivre.*)

©BIUM

UN CAS DE GLYCOSURIE

AVEC MÉLANCOLIE ET IMPULSIONS ÉROTIQUES

Par M. Ed. CORNU

Interne à la clinique des maladies mentales
de la Faculté de Lyon.

Les troubles de la nutrition générale passent pour avoir une grande influence sur la fonction sexuelle, qui est souvent suspendue, dans le diabète par exemple. L'observation d'une malade que nous avons suivie dans les services de M. le professeur Pierret et de M. le Dr Viallon nous a paru faire exception à cette idée généralement admise : sa rareté sert d'excuse à notre publication. D'autre part, cette coïncidence de la nymphomanie avec la glycosurie constituera peut-être un élément étiologique, rare sans doute, mais peu souvent soupçonné.

Tous les auteurs ont insisté sur la frigidité sexuelle des diabétiques, et cette défaillance de leur génitalité constitue même un des symptômes capitaux de la glycosurie. Bouchardat (1) semble résumer l'opinion courante en disant que « les troubles de la vue et la frigidité sont les deux thermomètres qu'il interroge pour mesurer l'intensité et l'ancienneté du diabète ». Alors qu'on insiste sur les prurits même localisés aux parties génitales, on ne trouve point mention de libido

(1) Bouchardat. *De la glycosurie*, 1875.

consécutif : « Il y a perte de l'appétit génésique et de l'aptitude à remplir la fonction ; chez la femme il peut même y avoir répugnance », dit Lasègue.

Les médecins aliénistes eux-mêmes n'ont pas rencontré le fait. Krafft-Ebing, dans son *Traité de psychiatrie* et dans son ouvrage des *Psychopathies sexuelles*, signale des cas où cette tendance anormalement vive à la vie sexuelle est provoquée par la voie périphérique, par l'eczéma des parties génitales en particulier ; mais dans la plupart des cas, dit-il, son origine est centrale et dépend des maladies organiques du cerveau (démence paralytique et démence sénile).

A propos des rares cas de nymphomanie franche qu'il a rencontrés chez les aliénés (six cas sur des milliers d'observations), Morel (1) cite des affections spéciales de l'utérus et de l'ovaire, des affections de la peau comme cause provocatrice de ces impulsions érotiques. Dans un cas cependant, chez une jeune femme, il n'a pu expliquer ce libido excessif et peut-être cette observation prendrait-elle place à côté de la nôtre. Bernard et Féré (2), à propos des troubles mentaux observés chez les diabétiques, considèrent l'abolition du sens génésique comme la règle. Faut-il croire, disent-ils, avec M. Legrand du Saulle (3), qu'à l'inverse de ce qui arrive quand la frigidité est l'effet de l'âge, le diabétique accepte avec résignation et indifférence la perte des aptitudes viriles ou, avec Durand-Fardel, que l'anaphrodisie est bien souvent la cause des vésanies observées dans le cours du diabète ?

Enfin Lecorché, dans son *Traité du diabète*, insiste sur la perte du sens génital que Elliotson a rencontrée

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 416.
(2) Bernard et Féré. *Archives de neurologie*, 1882.
(3) Legrand du Saulle. *Gazette des Hôpitaux*, 1877.

©BIUM

neuf fois sur dix diabétiques. Le premier toutefois (1) il signale, dans une revue consacrée aux troubles nerveux du diabète chez la femme, le prurit localisé aux parties génitales comme pouvant avoir pour conséquence une véritable excitation génésique des plus pénibles. Une de ses malades s'en montrait absolument scandalisée.

OBSERVATION. — M^lle G..., soixante-quatre ans, célibataire, sans profession, entre à l'asile le 8 octobre 1901.

Le certificat d'entrée porte : aliénation mentale caractérisée par de la mélancolie avec délire et impulsions érotiques; idées de suicide.

La malade est calme, un peu déprimée, mais elle manifeste quelque joie cependant à l'idée qu'on va la guérir.

Antécédents héréditaires : Père mort à quatre-vingts ans; mère, rhumatisante, migraineuse, morte à soixante-huit ans; un frère mort diabétique (ictus).

Les *antécédents personnels* de la malade ne mentionnent qu'un état migraineux : les accès revenaient tous les mois, avec nausées; ils ont disparu depuis la ménopause, survenue il y a douze ans.

La malade se plaint d'une violente excitation génésique depuis quelques mois; ses désirs sont devenus très fréquents, et malgré elle la malade doit les satisfaire, ce dont elle s'acquitte d'ailleurs avec beaucoup d'imagination. Elle a constaté également que son caractère a changé : elle se trouve plus « mélancolique ».

L'état général est bon. Poids, 58 kilos.

Langue un peu chargée.

Bon appétit. Pas de constipation.

Abdomen souple et indolore.

L'estomac est un peu dilaté.

Pas de polyphagie ni de polydipsie.

Cœur : à la pointe, souffle systolique, doux, sans propagation nette dans l'aisselle. Quelques intermittences.

Poumons : rien d'anormal.

Organes génito-urinaires : on ne trouve pas trace d'hymen; pas d'excoriations ni de surfaces végétantes. Le méat urinaire

(1) Lecorché. *Archives de neurologie*, 1885.

©BIUM

seul est un peu rouge; la malade nous dit avoir uriné sept ou huit fois dans la nuit.

La région anale ne présente aucune altération.

Pas de polyurie.

L'urine est claire : pas d'albumine; réaction nette du glucose.

Système nerveux. — Pas de troubles moteurs. Sensibilités générale et spéciale normales. Réflexes rotuliens un peu exagérés.

État mental. — La malade est abattue, mais elle répond bien aux questions, poussée par le désir de bien se soigner et de guérir. Elle est très consciente, et c'est elle-même qui a voulu venir à l'Asile pour y chercher guérison.

Mémoire bien conservée.

Un peu de niaiserie des propos.

Elle se plaint de ses excitations génitales, qui la tourmentent et « la rendent ridicule ».

Délire érotique et atténuation du sens moral : elle raconte avec détails toutes ses sensations : « elle voudrait se marier, il lui faudrait un amant qui lui éviterait le ridicule de sa situation, elle est étonnée de se trouver encore désireuse », elle énumère tous les moyens imaginés pour apaiser ses désirs. Elle les apaise comme elle peut, en effet; par moments, c'est avec frénésie.

On signale quelques idées de suicide.

Certificat de vingt-quatre heures. — « Folie consciente à caractère érotique. — Dr PIERRET. »

9 *octobre.* — L'analyse quantitative des urines est faite par M. Lambert, pharmacien en chef de l'asile.

Volume	790 c. c.
Densité	1.019

	Par litre.	790 c. c.
	gr.	
Urée	8 40	6 53
Acide urique	0 61	0 48
Acide phosphorique	0 668	0 528
Chlore et brome	6 99	5 32
Glycose	9 55	7 54
Albumine	Traces.	

Autant que le permet le menu d'un asile, on soumet la malade à un régime privé de féculents. Régime lacté mixte.

On donne l'antipyrine à la dose quotidienne de 1 gramme, et l'iodure de potassium (1 gr. 50 en potion).

15 *octobre.* — Certificat de quinzaine :

« Diabète avec excitation génitale intense. — Dr Pierret. »

25 *octobre.* — La malade se trouve un peu soulagée; mais elle est toujours dans le même état de dépression physique et mentale : regard triste.

2 *novembre.* — « Même état mental avec impulsions érotiques. — Dr Viallon. »

1er *décembre.* — La malade annonce qu'elle n'a plus « ses désirs », et manifeste l'intention de quitter l'asile. On recueille les urines des vingt-quatre heures pour les soumettre à un nouveau dosage.

2 *décembre.* — « Mlle G... paraît être en bonne voie d'amélioration, et pourra peut-être sortir sous peu de l'asile. — Dr Viallon. »

3 *décembre.* — Deuxième analyse :

Volume	1.240 c. c.	
Densité	1.014	
	Par litre.	En 24 heures.
	—	—
		gr.
Urée	8 75	10 85
Acide urique	0 28	0 35
Acide phosphorique	0 99	1 29
Chlore	5 18	6 47

Pas d'éléments anormaux.

15 *décembre.* — « L'état de Mlle G... va en s'améliorant rapidement : disparition de l'excitation génésique avec la disparition progressive du sucre dans les urines. Si cette amélioration persiste, la malade pourra quitter prochainement l'asile. — Dr Viallon. »

25 *décembre.* — La malade, toujours un peu déprimée, affirme la disparition de toute excitation et de tout acte érotique.

2 *janvier.* — Troisième analyse :

Volume	990 c. c.
Densité	1.016
Coloration	Normale.
Réaction	Acide.

	Par litre.
	gr.
Urée	11 »
Acide urique	0,26
Acide phosphorique	1,02
Chlore	5,735
Eléments anormaux	Néant.

3 *janvier*. — « Le médecin en chef de la section des femmes déclare ne pas s'opposer à la sortie de Mlle G... — Dr Viallon. »

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur la filiation existant entre la maladie sucrée et la perversion consécutive. *L'impulsion aux actes érotiques a diminué en même temps que s'abaissait le taux du glucose, et disparu en même temps que l'excrétion glycosurique*. L'habitude elle-même que la malade pouvait avoir contractée n'a pas persisté.

En dépit des contacts étrangers et des attouchements répétés, la peau de la région génitale n'était pas modifiée et l'objection de l'existence possible d'un eczéma ou autre affection prurigineuse ainsi écartée.

Il faut nécessairement admettre des conditions pathologiques pour expliquer ce phénomène morbide de la vie sexuelle chez une personne qui semble avoir dépassé l'âge des désirs génésiques. La présence du sucre dans les tissus et son action irritante sur les éléments nerveux périphériques semblent l'explication naturelle du prurit — cause première — au même titre que le prurit déterminé dans d'autres cas par l'invasion des éléments biliaires. Sans doute cette excitation aurait eu peu d'effet chez un sujet normal, et la condition physique en jeu ne doit pas être la seule condition de la perversion, puisque ce motif physique est fréquent alors que la perversion est rare. Nous en trouvons la raison, en effet, dans le manque d'énergie de la malade, et dans sa dépression

mentale. Les auteurs (1) qui ont étudié les troubles mentaux liés à la glycosurie ont signalé la mélancolie, la défaillance morale, l'aboulie comme l'expression symptomatique la plus fréquente de ces troubles. Notre malade a présenté la même apathie : il n'y a plus eu chez elle le rapport que l'on trouve chez les sujets normaux, entre l'incitation et la réponse. Elle a peut-être même interprété d'une façon erronée un prurit ordinaire, et sa faiblesse du vouloir n'a pu l'empêcher de résister à cette hyperesthésie.

La rapide disparition de la glycosurie n'a rien d'autre part qui doive étonner. Les auteurs sont d'accord pour reconnaître les accès de glycosurie, chez les aliénés en particulier ; et ils insistent sur la nécessité de procéder à de fréquentes analyses des urines. M. Pierret (thèse de Toy) a montré la fréquence relative de ces glycosuries transitoires ne s'accompagnant d'aucun symptôme du diabète, et disparaissant facilement par l'emploi de médicaments nervins. Cette excrétion passagère est à rapprocher de l'oxalurie et de l'albuminurie transitoires, que Adler et J. Tessier ont décrites chez les neuro-arthritiques.

En résumé, il est manifeste que l'irritation glycémique peut se compliquer d'excitation et d'actes érotiques : le rapport étroit qui peut exister entre ces deux phénomènes nous semble nettement prouvé ici par la disparition simultanée des troubles physiques et mentaux.

(1) Foy. *Thèse* de Lyon, 1895. — Legrand du Saulle, *loc. cit.*

©BIUM

DU LANGAGE CHEZ LES IDIOTS

Par le Dr L. MAUPATÉ

Médecin directeur de l'asile de Naugeat.

Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique. Prix Belhomme.

Suite et fin (1).

XI. — Anatomie pathologique. — Pathogénie. — Variétés.

Ces trois chapitres méritent d'être réunis ici, parce qu'ils cherchent à résoudre une même question : à quoi tiennent les troubles du langage chez l'idiot ?

Je n'ai pas eu, je dois l'avouer, l'occasion de faire d'autopsies d'idiots : parmi ceux que je soignais, trois seulement sont morts, et encore les corps furent-ils réclamés par leur famille ; mais, d'après les auteurs qui ont publié les résultats de leurs autopsies, on peut se faire une idée des lésions qui accompagnent les troubles du langage chez ces infirmes.

Tout d'abord, comme le fait remarquer M. Bourneville, « chez la grande majorité des idiots qui ne parlent pas (ou qui parlent mal), il n'y a pas de lésions localisées aux circonvolutions présidant à la fonction du langage, et c'est pour cela qu'il est possible de créer en quelque sorte, ou de développer la faculté du langage ».

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901, de janvier-février et de mars-avril 1902.

Il suffit, en effet, d'un peu de réflexion pour comprendre que les dyslogies tiennent à des lésions diffuses ou localisées à des centres autres que ceux du langage. Quant aux dysarthries, ce sont des désordres fonctionnels des organes d'articulation, désordres qui peuvent dépendre de lésions variables des centres cérébraux moteurs du thorax, des lèvres, de la langue, etc., mais peuvent aussi tenir à un défaut d'éducation de ces centres, ou à des difformités des organes mêmes d'articulation. Il ne faut pas oublier que, chez l'idiot congénital, le cerveau n'est pas toujours seul lésé : « Quelquefois, disent MM. Bourneville et Boyer, les défauts de prononciation ont une cause physiologique : paralysie, atrophie de tel ou tel élément d'organe ; la langue, trop épaisse, emprisonnée dans une mâchoire trop étroite que surmonte un palais en ogive, se meut difficilement, et arrête les sons au passage : l'enfant projette de la salive, et fait entendre le son *ch* pour *s*, *j*, *z* ; d'autres, par suite de la malformation de la mâchoire supérieure, et d'une dentition anormale, frappent à tout instant de la pointe de la langue les incisives supérieures trop développées, et semblent toujours prononcer des dentales ; d'autres possèdent une langue toujours en retrait dans la bouche, ne savent émettre que les sons gutturaux, et sont incapables de donner le *l* et le *r* et les dentales. » Un de mes malades avait un bec-de-lièvre. On conçoit aussi que les défauts du langage résultent de troubles d'impression, par suite de cécité ou de surdité.

Mais revenons aux lésions des centres nerveux, et spécialement du cerveau. La plupart des auteurs (à tort, on vient de le voir) expliquent les troubles du langage par des îlots de sclérose qu'ils ont trouvés sur les centres bien connus du langage, et M. Sollier ajoute que « l'anatomie pathologique explique la diversité des troubles du langage chez l'idiot et son défaut de

rapport avec l'intelligence : les microcéphales, en effet, qui parlent bien mais sont relativement peu intelligents, ont des lésions de la partie postérieure du cerveau, les centres du langage restant intacts, tandis que d'autres plus intelligents ont le cerveau plus développé avec sclérose des centres du langage, ce qui explique qu'ils expriment mal leur pensée ».

Sur trois autopsies, Wildermuth a constaté dans un cas une leptoméningite chronique, la frontale ascendante droite passant directement dans la scissure de Sylvius ; il y avait une dépression sans porencéphalie entre les 2e et 3e frontales ; la temporale supérieure droite était fort atrophiée, en sorte que l'insula était découverte ; mais il n'y avait aucune lésion dans la région de la parole (L'enfant n'avait jamais parlé). Un enfant n'ayant qu'une plainte pour exprimer ses besoins présentait également une intégrité de la 3e frontale des deux côtés ; mais les deux temporales supérieures, rétrécies, avaient l'aspect de peigne. Un troisième enfant, ne prononçant que des onomatopées monosyllabiques, avait de la leptoméningite chronique de la convexité avec hydrocéphalie interne, rien dans la région de l'insula.

Starck a constaté également dans de nombreuses nécropsies l'intégrité de la région insulaire coexistant avec la privation de la parole. Tous ces cas nous permettent de penser que souvent l'absence de langage chez l'idiot tient à un défaut de compréhension, puisque ce sont les centres récepteurs, et non les centres moteurs, qui sont lésés. Pourtant Shaw, chez une aphasique congénitale, note l'atrophie extrême de la circonvolution pariétale ascendante gauche, l'atrophie ou arrêt de développement de la frontale inférieure gauche, d'une portion de la pariétale supérieure droite, avec développement considérable du cervelet.

Chez une idiote de quinze ans, docile, ne présentant que des traces d'intelligence, incapable de parler mais semblant entendre ce qu'on lui disait, Luys a trouvé un cerveau relativement volumineux dont les circonvolutions étaient à peine plissées mais au complet et toutes à peu près également développées ; le lobe droit ne présentait pas de déformations apparentes, mais la 3e frontale gauche, au lieu de se brancher directement sur le pied de la frontale ascendante, se déviait en haut, et allait se brancher sur une division de la 2e frontale.

Quant à la nature intime des lésions nerveuses, il n'y a rien à en dire : la question de l'anatomie pathologique de l'idiotie a été traitée il y a quelques mois au XIIIe Congrès international de Médecine par MM. Bourneville, Oberthur, Mierzejewski, Shuttleworth et Beach. Les lésions sont très variables, suivant la cause première de l'idiotie, mais rien n'a été dit expliquant spécialement les troubles du langage. Pourtant Mierzejewski attribue à l'abondance de la couche de neuroblastes dans les hémisphères des idiots (neuroblastes qui, dans des conditions favorables de nutrition, peuvent se transformer en cellules nerveuses), la possibilité d'une amélioration notable des facultés intellectuelles (et conséquemment du langage) chez certains idiots profonds qu'on avait crus incurables ; nous verrons au chapitre suivant que cette amélioration se fait d'autant plus facilement, qu'on ne laisse pas aux cellules le temps de s'atrophier, et qu'on tente de très bonne heure le traitement médico-pédagogique de l'idiotie.

Il est difficile de déterminer quels troubles du langage se rencontrent le plus dans chaque variété d'idiotie. Je n'ai observé qu'un hydrocéphale, et c'était un idiot complet. Quant aux microcéphales, j'en ai vu sept : à part Wr..., idiot complet qui ne parle pas, ils présentent un certain degré de développement du langage (c'est

conforme à l'opinion de M. Sollier) (1) ; Ant... et Ph... P... sont même très loquaces ; René De... et Fla... P... sont plus calmes, mais parlent aussi bien. Quant à Berthe R..., idiote du type aztèque, elle commence à balbutier un peu, comprend quelques mots simples, et ne semble pas absolument imperfectible.

Robert Jones (*Journal of mental science*, 1890) dit que les idiots de type mongol articulent mal les mots, prononcent en général mal les sifflantes, mais peuvent, par un enseignement approprié, arriver à bien les dire ; ils imitent fort adroitement les mouvements, ont du plaisir à entendre la musique, aiment les couleurs voyantes, sont susceptibles d'un certain degré d'instruction ; ils ont souvent le palais ogival.

XII. — Traitement.

Ce chapitre est entièrement nouveau. Quand ce mémoire fut présenté à la Société médico-psychologique, j'avais volontairement laissé de côté le traitement des troubles du langage chez l'idiot, parce que ce traitement est du domaine de la pédagogie. C'est, en effet, que le but principal de ce travail est la description, la classification de ces troubles du langage, description et classification qui n'avaient pas encore été faites, tandis que le traitement médico-pédagogique de l'idiotie, dont on peut difficilement distraire la thérapeutique spéciale des vices du langage, a été l'objet d'un certain nombre de travaux.

Mais s'il se bornait à connaître exactement la nature des troubles qu'il observe chez ses malades, sans en tirer

(1) On peut, dit M. J. Voisin, se demander si les microcéphales, généralement très bavards, comme certains enfants atteints d'idiotie acquise, n'auraient pas dans leurs antécédents des parents beaux parleurs... Les macrocéphales parlent très peu.

©BIUM

des conséquences pratiques, sans chercher un remède à ces troubles, le médecin ne ferait qu'une œuvre stérile. Dans le cas particulier qui nous occupe, il n'est d'ailleurs pas désarmé, et rend de grands services à l'idiot en essayant de développer chez lui les divers modes du langage et de remédier aux nombreux troubles que nous avons décrits plus haut. C'est déjà être utile à ces malheureux arriérés que de leur apprendre à exprimer clairement leurs idées simples, leurs besoins ; mais il y a plus, et c'est en grande partie en les faisant parler qu'on développera chez eux l'intelligence : nous l'avons dit plus haut, le langage n'est pas seulement un mode de communication de l'idée, c'est encore un moyen de la fixer, en résumant dans l'image verbale auditive d'un mot l'ensemble des qualités qu'il désigne. C'est ainsi qu'on éveillera dans l'esprit de l'idiot des idées qui lui manquaient, et qu'il pourra, plus tard, associer dans la mesure de ses moyens, pour arriver facilement à faire des comparaisons et des jugements.

On me permettra pourtant d'être bref sur ce chapitre : le traitement médico-pédagogique de l'idiotie est un ensemble dont toutes les parties se tiennent, et dont il est difficile de distraire l'éducation du langage. Pour pouvoir comprendre et parler, ne faut-il pas avant tout que l'idiot apprenne à être attentif, à voir les objets ou entendre les sons qui, auparavant, ne le frappaient pas plus qu'un objet inerte? Si l'éducation de ses sens n'était pas faite, il n'aurait aucune notion de ces objets dont on lui apprend les noms ; les mouvements d'articulation des sons ne forment qu'une partie de la gymnastique à laquelle on l'exerce constamment ; enfin c'est au cours de leçons de choses qu'il apprendra le nom d'objets ou actes usuels, leurs qualités. Je ne puis, pour l'ensemble du traitement médico-pédagogique, que renvoyer aux ouvrages d'Itard, Séguin, Bourneville et J. Boyer,

©BIUM

Hamon du Fougeray et Couétoux, Thulié, J. Demoor, Brodie, Ireland, J. Voisin, etc., en indiquant ici les principaux points ayant trait au langage. (Notons en passant que l'éducation des autres enfants anormaux se fait d'après une méthode analogue, et que M. Aug. Boyer a fait parler un idiot muet, mais non sourd, en employant les méthodes de démutisation et d'enseignement du langage en usage pour l'instruction orale des sourds-muets.)

L'éducation de ces idiots se fera sous la direction expresse du médecin, car il s'agit du traitement d'une maladie dont il peut mieux qu'un autre connaître les symptômes et les causes ; on commencera ce traitement le plus tôt possible, dès l'âge de deux ans si on peut (l'idiotie peut être diagnostiquée déjà, l'enfant de vingt mois doit depuis longtemps prononcer quelques mots, voir et entendre) : sinon le défaut d'exercice permettra aux sens et à l'intelligence de s'engourdir, et aux centres nerveux préposés au langage et à l'intelligence de s'atrophier, rendant incurables des états auxquels on n'aura su remédier à temps.

Il est bon d'instruire plusieurs idiots ensemble, mais mauvais d'en instruire beaucoup à la fois, c'est prouvé depuis longtemps : les mêmes principes seront appliqués de façon différente suivant les aptitudes particulières de chacun. « Nos idiots, dit M. J. Voisin, sont-ils des visuels, des auditifs, des sensitifs ou des moteurs? Une fois notre diagnostic fait, nous devons développer le sens le plus apte à l'éducation et nous en servir comme point d'appui pour développer les autres. Le tact est, pour Séguin, le sens le plus important pour l'éducation de l'enfant, et de l'idiot en particulier ; il faut l'associer aux autres sens, pour en retirer tout le développement qu'on en attend. » On utilisera le goût de certains idiots pour la musique ou le dessin, de façon à leur rendre agréa-

bles les autres exercices qu'ils exécuteront en même temps ; ils feront davantage attention à un son ou le répéteront plus facilement si on le chante. Est-il besoin d'ajouter que c'est en l'amusant qu'on exercera l'enfant? C'est ainsi qu'à Bicêtre, pour donner du souffle aux idiots, pour leur apprendre à coordonner les mouvements du thorax, du larynx et de la bouche dans le but de la phonation, on les fait éteindre des bougies, souffler dans des sifflets, repousser des boulettes en soufflant dans un tube, gonfler des ballons grotesques ou bruyants, etc. De même on pourra tirer parti de leur gourmandise habituelle, soit pour leur apprendre les termes ayant trait aux aliments, soit en les récompensant par des friandises quand ils ont bien exécuté un exercice, soit enfin en leur apprenant à faire pour la succion, la mastication, la déglutition, etc., des mouvements qu'ils peuvent utiliser pour l'articulation des sons : c'est ainsi qu'à Bicêtre on obtient l'occlusion des lèvres en y plaçant des morceaux de réglisse dont on diminue progressivement la grosseur.

Pour ce qui est de la parole en particulier, supposons le cas le plus simple, celui d'un idiot inférieur, qui ne parle pas. On tâchera d'abord d'éveiller chez lui l'attention auditive en faisant résonner à ses oreilles, dans le silence, un jeu de timbres ou de sonnettes de plus en plus aigus, pour qu'il cherche l'origine de ce bruit ; puis la même expérience est répétée à une distance de plus en plus grande, pour lui faire percevoir des sons de plus en plus fins ; des instruments de timbre différent (piano, harmonium, flûte) le préparent à la voix humaine.

De même on développerait l'attention visuelle en le regardant fixement, en faisant devant lui des grimaces, des gestes qu'un aide placé derrière lui fait répéter, etc. On exerce les lèvres, la langue, l'articula-

tion temporo-maxillaire, le larynx, la cage thoracique, par des mouvements appropriés.

La connaissance du mécanisme de l'articulation, qu'on trouvera dans des livres spéciaux, ferait voir quels exercices permettent de prononcer chaque son, de remédier aux vices de prononciation : ceci est du domaine de l'instituteur spécial ; ce qui regarde particulièrement le médecin, c'est la direction générale du traitement, les modifications exigées par l'état mental spécial à chaque idiot, c'est aussi la thérapeutique des dysphasies et surtout des dyslogies.

Comme Séguin, M. Bourneville recommande de commencer l'étude des lettres par les consonnes suivies de voyelles (et non par les voyelles isolées), et spécialement par les labiales, plus faciles ; il propose de suivre l'ordre suivant ; *p, t, k, f, s, ch, b, d, g, v, z, j, l, m, n, r*, tout en reconnaissant qu'on peut varier suivant les individus.

De ce que nous avons vu dans les divers chapitres traitant de la parole chez l'idiot, on peut conclure que, les lettres ou syllabes une fois connues, on fera prononcer des dissyllabes, d'abord formés de monosyllabes répétés (*papa*, *maman*, *coco*, etc.) ; puis d'autres dissyllabes très faciles à articuler, et indiquant des objets d'usage courant pour lui (parties du corps, mets, vêtements, jouets, animaux domestiques, ustensiles de ménage), ainsi que les personnes qui l'entourent. La comparaison entre des objets de même espèce, mais différant beaucoup par la grandeur, le poids, la couleur, la forme, l'odeur, le goût, la chaleur, permettra ensuite d'apprendre aux enfants quelques adjectifs simples. Alors seulement on abordera l'étude des verbes les plus usuels (indiquant les façons d'être des noms déjà connus). Avec les noms, l'idiot aura appris les interjections simples (*oui*, *non*, *bonjour*, *bonsoir*, *merci*). Plus tard il

pourra connaître quelques adverbes, quelques pronoms personnels, peut-être l'article, et arriver enfin à construire correctement quelques phrases élémentaires, si on lui fait répéter fréquemment les phrases qui pourront lui être le plus utile, si on feint de ne pas le comprendre quand il dit une phrase incorrecte. C'est également alors, et s'il est très perfectible, qu'il pourra avoir les idées de genre, de nombre, de temps, de mode, et acquérir, *par l'usage seul*, de vagues notions de syntaxe. Inutile de lui apprendre les adjectifs et pronoms conjonctifs, conjonctions, prépositions, etc., le subjonctif, le conditionnel, etc., qu'il n'emploierait pas.

Le plan précédent découle de ce que nous savons du développement général de la parole chez l'idiot ou l'enfant ; il est conforme à celui qu'on suit dans les écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière.

« Inutile, disent MM. Bourneville et Boyer, de chercher à corriger les défauts de prononciation que peuvent présenter les premiers mots de l'idiot ; l'essentiel est de s'assurer si tel ou tel mot, bien ou mal prononcé, correspond exactement à l'idée que nous avons voulu provoquer ; petit à petit, à force d'entendre le mot, l'enfant le corrigera de lui-même, à mesure que se développera en lui la puissance d'imitation. » Je n'insiste pas sur le traitement des dysarthries : résumer le mécanisme de chaque variété et son traitement exigerait de nombreuses pages ; d'ailleurs, cela n'a rien de spécial à l'idiot dès qu'il est capable d'exécuter les mouvements qu'on lui demande, tout en l'amusant ; des livres spéciaux, pouvant aussi servir à enseigner la parole aux sourds-muets, traitent de la question.

Pour développer l'intelligence par la parole, on peut, comme le fait M^lle^ Nicolle à la Salpêtrière, faire expliquer par l'enfant ce que représente une image colorée. « Ne jamais laisser un enfant employer un mot sans

©BIUM

qu'il en connaisse la signification exacte, dit M. Voisin. En même temps que le professeur prononce le nom d'un objet, il montre l'objet lui-même et indique son usage. Le professeur présente un objet et en demande les qualités, les enfants répètent tour à tour. » On empêche ainsi les mots d'être une simple succession de sons dénués de sens.

J'ai déjà dit pourquoi je n'étais guère partisan d'apprendre la lecture et l'écriture aux idiots véritables. On peut pourtant, en leur faisant émettre un son, leur montrer une grande lettre en bois correspondante, avec laquelle ils s'amusent, et qu'ils cherchent à reproduire en terre glaise ; ou bien on trace des lettres sur de petits carrés de bois, et on tâche que l'enfant mette dans une case spéciale toutes les lettres semblables. Mais quant à leur apprendre à tenir une plume et à s'en servir pour tracer une écriture, qui diffère d'ailleurs des caractères d'imprimerie, c'est inutile et nuisible.

Quant au langage des gestes, les idiots un peu intelligents l'ont naturellement, et suppléent par lui à la parole, langage conventionnel. Nous avons vu plus haut comment on fait l'éducation de l'attention, comment on enseignait les premiers gestes. On pourra, en même temps qu'on apprend un mot à l'idiot, faire (et lui faire répéter) le geste correspondant à la qualité la plus saillante qu'exprime le mot : l'attention de l'idiot n'en sera que plus attirée, et, en même temps que l'intelligence en sera peut être légèrement améliorée, la parole elle-même ne peut qu'y gagner.

©BIUM

XIII. — Conclusions.

1° Le langage manque souvent chez l'idiot (généralement faute d'idées).

2° Son apparition, quand il existe, est tardive (souvent après quatre ou six ans).

3° Parfois cet arrêt de développement n'est pas absolument congénital ; l'enfant a commencé à parler comme un autre, quand, sous l'influence d'une maladie causant l'idiotie, il redevient muet irrémédiablement.

4° Une fois apparu, le langage, chez l'idiot, passe par les mêmes phases que chez l'enfaut sain, mais l'idiot met des années à franchir les étapes que l'enfant parcourt en quelques mois ; il s'arrête même à l'une de ces étapes.

5° Cette analogie avec le développement normal du langage chez l'enfant n'est vraie que pour chaque branche du langage prise séparément (chaque variété ayant son évolution spéciale, plus ou moins rapide que les autres).

6° Les troubles d'articulation de la parole, en particulier, coexistent fréquemment avec un langage relativement développé.

7° Ce n'est pas le langage expressif (parole, écriture, gestes), qui est en rapport avec le niveau intellectuel, mais la façon de comprendre le langage des autres.

8° Ces troubles du langage tiennent à des lésions qui peuvent atteindre divers points de l'encéphale, du système nerveux périphérique, ou les organes d'articulation suivant les cas, les centres du langage restant le plus souvent intacts.

9° Les troubles du langage ne sont donc pas toujours incurables, et on doit en entreprendre le traitement dans un triple but : permettre à l'idiot de communiquer

avec les autres hommes, développer son intelligence, et le rendre utile, jusqu'à un certain point, à la société, à laquelle il est à charge.

10° Le traitement devra débuter le plus tôt possible, se faire sous la direction d'un médecin, qui, connaissant bien tous les troubles auxquels il a affaire, appliquera à chacun le traitement approprié (pour la parole et les gestes seulement).

XIV. — Bibliographie.

G. Ballet. — Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie (*Thèse* agrég., 1886).

Belhomme. — Essai sur l'idiotie (*Thèse*, 1884; Paris, G. Baillière).

Berkham. — Trouble du langage écrit chez les demi-idiots, et sa ressemblance avec le balbutiement (*Arch. für psych.* XVI et XVII.)

Berkham. — Rapport sur l'enseignement en masse des enfants pauvres de l'école qui bégaient ou balbutient (*Arch. f. psych.* XVIII).

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'idiotie.

Bourneville. Bibliothèque d'éducation spéciale.

Bourneville. Contribution à l'étude de la microcéphalie, et en particulier du traitement médico-pédagogique des idiots microcéphales (Congrès des aliénistes de Clermont-Ferrand, 1894).

Bourneville. Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés (Congrès d'assistance de Lyon, 1893).

Bourneville et J. Boyer. — Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés (*Arch. de neur.*, août 1895).

Aug. Boyer. — Du mutisme chez l'enfant qui entend (*Arch. de neur.*, juillet 1897).

David Brodie. — Conditions requises pour réussir dans l'éducation des imbéciles (*Journ. of ment. science*, avril 1881).

Al. Butterfield. — Bégaiement et bredouillement (*Virginian med. Monthly*, 1884).

©BIUM

CHARPENTIER. — Mutisme pendant vingt ans chez l'idiot (*Soc. Méd. Psych.*, 30 novembre 1885).

J. DEMOOR. — Les enfants anormaux, leur éducation (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, juin 1897).

ESQUIROL. — Maladies mentales (Paris, 1838, J.-B. Baillière).

HAMON DU FOUGERAY et COUÉTOUX. — Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux (*Bibl. d'éduc. spéc.*, Paris, 1896).

IRELAND. — Mental diseases of children, 1898.

ITARD. — Rapports et Mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdité (*Bibl. d'éduc. spéc.*, 1894).

ROBERT JONES. — Bouche du type mongol chez les imbéciles (*Journ. of ment.* sc., 1890).

KÜSSMAUL. — Les troubles de la parole (trad. française, Paris, 1884).

LUYS. — Examen du cerveau de deux aphasiques (*Soc. de biol.*, 1891).

MIERZEJEWSKI, BOURNEVILLE, SHUTTLEWORTH et BEACH. — Rapports sur l'anatomie pathologique de l'idiotie (XIII[e] Congrès international de médecine, 1900).

OLTSUZEWSKI. — Aperçu général de pathologie et de thérapeutique des vices de la parole (*Arch. de neurol.*, juin 1899).

BERNARD PEREZ. — Les trois premières années de l'enfant (Paris, Alcan, 1892).

PREYER. — L'âme de l'enfant (trad. française, Paris Alcan, 1887).

SÉGLAS. — Les troubles du langage chez les aliénés (Paris, Rueff, 1892).

E. SÉGUIN. — Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux (*Bibl. d'éduc. spéc.*, 1895).

SIKORSKI. — Développement du langage chez les enfants (*Arch. de neurol.*, n° 18, 1883).

SOLLIER. — Psychologie de l'idiot et de l'imbécile (*Thèse* de Paris, 1891).

VIRBURG. — American Journal of Insanity, 1867.

J. VOISIN. — L'idiotie (Paris, Alcan, 1893).

WILDERMUTH. — Quelques observations sur les troubles de la parole chez les idiots (*Arch. de neurol.*, 1885).

©BIUM

Thérapeutique

DE L'EMPLOI DU PHOSPHATE DE CODÉINE EN PATHOLOGIE MENTALE

Par le Dr P. DHEUR

En présence de la vogue dont jouit aujourd'hui le traitement de la mélancolie par le laudanum, produit complexe, mal dosé, contenant des alcaloïdes ayant des effets très différents, opposés même les uns aux autres, nous avons pensé qu'il y avait un intérêt évident à étudier l'action isolée de certains de ces alcaloïdes. Nous avions ainsi des chances sérieuses pour découvrir dans certains cas une action mieux déterminée, plus puissante et même nouvelle.

La lecture de certains travaux, notamment de ceux de Barbier, nous ont fait pressentir que c'était tout d'abord à la codéine que nous devions nous adresser, et, plus tard, les comptes rendus, des recherches cliniques, faites par les étrangers (dans des cas cependant bien différents des nôtres), n'ont fait que nous affermir dans cette opinion.

Nous avons donc poursuivi nos recherches cliniques, guidés par ce double but : 1° trouver un médicament ayant une action spéciale bien déterminée que nous pourrions exploiter au profit de nos malades ; si cela était impossible, 2° chercher tout au moins un produit qui, dans les cas particuliers où nous pensons l'em-

ployer, possède les mêmes effets que le laudanum, sans en avoir les inconvénients.

La codéine, découverte par Robiquet en 1832, fut admise en 1866 par le Codex français, et dix ans plus tard seulement dans la pharmacopée allemande.

Quoique ce soit, après la morphine, l'alcaloïde le plus important de l'opium, elle n'a été que peu expérimentée en France, et sa bibliographie est très courte.

Le premier en date, Barbier fit des essais cliniques très intéressants avec ce médicament, et en rendit compte dans une communication faite à l'Académie de médecine le 25 février 1834.

Après lui, Grégory, Magendie et le Dr Barté, en 1856, reprirent ses expériences, alors que, d'autres grands savants, comme Claude Bernard, Pelletier et Orfila lui-même, négligeaient absolument l'étude de cet alcaloïde, pour s'occuper uniquement de celle de la morphine.

Il faut arriver jusqu'en 1877 pour retrouver une étude sérieuse faite par le professeur Laborde, sur l'action de la codéine comparée à celle de la narcéine et de la morphine. Dans ce travail, le savant physiologiste publie les résultats d'expériences faites sur des chiens, et se montre très sévère envers ce médicament, qu'il déclare des plus toxiques.

Est-ce à la suite de ce travail, ou pour tout autre cause, toujours est-il que la codéine n'est guère plus usitée en France que sous la forme de sirop de codéine, et n'est guère plus prescrite qu'associée à la morphine, contre la toux, alors qu'à l'étranger elle jouit d'une faveur qui semble, il faut bien le dire, en grande partie justifiée.

Voyons, d'abord, ce que disent de cette toxicité les médecins étrangers qui l'emploient couramment ; nous verrons ensuite les avantages qu'elle présente sur les

©BIUM

autres dérivés de l'opium, et enfin les effets spéciaux qui semblent convenir au traitement de certaines affections mentales. Nous donnerons ensuite, succinctement, les résultats de nos recherches, résultats qui seront exposés d'une façon plus complète, et accompagnés de nombreuses observations, dans une thèse que notre interne, le Dr Clausse, doit soutenir prochainement devant la Faculté de Paris.

Le Dr Von Méring, professeur de l'Université de Halle, déclare que c'est une grave erreur de croire que 0,03 centimètres de codéine équivalent à 0,01 centimètres de morphine, en réalité, la codéine est de quinze à vingt fois moins toxique, et l'on doit la prescrire en conséquence.

Le Dr Kersch (1), de Vienne, auteur qui a fait jusqu'à présent les travaux les plus complets sur l'emploi de la codéine, chez l'homme et chez les animaux, est du même avis. Il insiste beaucoup sur ceci, que, contrairement aux autres narcotiques, l'homme présente une bien plus grande capacité de résistance contre la codéine que les animaux.

Il croit trouver en partie l'explication de la moindre toxicité de la codéine dans ce fait qu'il lui a été donné plusieurs fois de constater, à savoir qu'elle s'élimine par les reins d'une façon beaucoup plus rapide, et en beaucoup plus grande quantité que la morphine.

Fischer (2), Franckel (3), Rheiner (4), Kobler, etc., sont unanimes à déclarer que ce médicament est infiniment moins toxique que la morphine, et doit être employé à des doses relativement élevées.

---

(1) Kersch. *Propr. et action de la cod. d'apr. des exp. sur les animaux et des obs. prises au lit du malade.* Vienne, 1896.
(2) Fischer. Kreuzing. *Corresp. Swa. Aerz.* 1888, n° 9.
(3) Frankel. *Mauschener Medicalishe*, 1900, nos 24, 25, 26.
(4) Rheiner. à Saint-Gall. *Revue méd. de thér.* 1881, nos 9 et 10.

Il est curieux, du reste, de voir que ce remède est employé à l'étranger, et surtout recommandé chez les enfants, les cachectiques et les vieillards. Si on tient compte du nombre considérable de cas ainsi traités (Dornblüth (1), médecin de l'asile de Kreuzbourg, rapporte à lui seul 448 observations), l'on ne peut se refuser de donner à ces affirmations une grande valeur.

Les avantages, sur l'opium, le laudannm et la morphine, que les auteurs étrangers sont presque tous unanimes à constater, sont les suivants : 1° La codéine n'a aucune action funeste sur l'estomac et ne diminue pas l'appétit.

2° Elle n'a pas d'action sur l'intestin et n'entraîne jamais la constipation.

3° Il ne se crée avec elle pour ainsi dire pas d'accoutumance qui force à augmenter les doses, et qui induise en erreur dans la recherche des effets progressifs.

4° Les malades n'ont pas d'appétence particulière pour la codéine et il est très facile de la leur supprimer.

5° L'emploi de ce médicament n'entraîne jamais les désagréments qui font souvent suite à l'emploi de la morphine ou de l'opium, tels que : lassitude, douleur de tête, vomissements, etc.

Notons, en outre, que la codéine ne semble pas diminuer les sécrétions ; plusieurs auteurs même, tels que Preininger (2), de Prague, et Rheiner (3), la recommandent comme expectorant chez les enfants, et Kersch, de son côté, a observé chez les animaux, à la suite de son administration, une augmentation notable de la sécrétion urinaire.

---

(1) Dornblüth, Osso. *Le Scalpel*, 1900, n° 5.
(2) Preininger-Wladimir, Prague. *Therap. Monats.*, 1893, p. 498.
(3) Rheiner. Ouvr. cité, 1899-90.

©BIUM

La codéine ne semble pas avoir d'action nuisible sur la respiration ; les recherches faites au laboratoire de Knoll, de Ludwigshafen, semblent même démontrer qu'elle augmente l'amplitude des mouvements respiratoires sans en augmenter la fréquence.

Les auteurs étrangers semblent également à peu près d'accord pour déclarer qu'elle n'a aucune influence défavorable sur la circulation, et Bauer (1), même, la conseille, ainsi que quelques autres auteurs, dans les affections cardiaques s'accompagnant de manifestations pénibles ou douloureuses.

La symptomatologie de la mélancolie est connue de nous tous ; je crois donc inutile d'insister pour montrer les avantages d'un médicament ayant une action semblable, et de faire un parallèle entre les manifestations de la maladie et les effets thérapeutiques de la codéine. Si les propriétés que lui prêtent ces auteurs sont bien réelles, il y a déjà là une indication bien nette pour essayer de substituer la codéine au laudanum et à la morphine dans certains cas. Mais cela n'est pas tout, la codéine semble en outre posséder des qualités bien précieuses et bien particulières ; ce sont les suivantes :

« Les personnes, dit Barbier, qui sortent de dormir après avoir pris de la codéine offrent une figure gaie, animée, une disposition à rire. On serait porté à admettre dans cette substance une vertu exhilarante. »

Kersch, de Vienne, s'exprime à peu près dans les mêmes termes, en faisant le compte rendu de deux cas d'empoisonnement par la codéine, dans lesquels il vit après le réveil le visage des malades empreint d'une gaieté inaccoutumée, qui le frappa fortement, ainsi que

(1) Bauer. *Penyold Stintying*, vol. III, p. 598.

son entourage. Bien d'autres auteurs, du reste, sans s'exprimer d'une façon aussi positive, déclarent que les malades qui ont pris de la codéine, loin d'être stupéfiés, ont toujours un aspect frais et dispos, bien particulier.

Il faut en convenir, voilà des affirmations qui à elles seules devaient suffire pour nous pousser à tenter l'emploi de la codéine dans le traitement des affections mélancoliques. Mais à celles-ci s'en joignent d'autres qui n'ont pas moins d'importance.

Barbier, en effet, constate que la codéine est un analgésique assez faible, certainement inférieur à la morphine. Mais, chose remarquable, alors qu'elle n'apaise pas certaines douleurs, il en est d'autres qu'elle fait disparaître avec la plus grande facilité. Ce sont les douleurs à caractère angoissant, que les malades rapportent au centre épigastrique.

Preininger, de Prague (*Casopis lekaru ceskych*, 1892, n° 38), à son tour, constate que le triomphe de cet alcaloïde est lorsqu'on l'emploie pour combattre : « l'angoisse poignante, qui accompagne la toux douloureuse, et l'expectoration insuffisante de certains tuberculeux ».

Dornblüth dit à son tour : « L'influence de la codéine est d'autant meilleure qu'il y a à combattre des inquiétudes anxieuses, des angoisses précordiales pénibles. »

Inutile d'insister sur l'importance de ce mode d'action, si réellement il est aussi manifeste que l'on veut bien le dire, dans des affections où l'angoisse constitue le plus pénible et peut-être même le plus constant, le plus caractéristique des symptômes.

Voici donc les motifs qui nous ont poussé à user de la codéine dans les affections reposant sur un état cénesthétique pénible, accompagné d'angoisse et de douleur morale : nous nous en sommes servi principalement chez des mélancoliques, des obsédés, chez certains

©BIUM

hypocondriaques, et même chez quelques persécutés au début.

Le médicament que nous avons choisi pour nos expériences, de préférence entre tous les sels de codéine, est le phosphate de codéine, tant à cause de sa grande solubilité dans l'eau, que de l'acide phosphorique qu'il contient; nous l'avons administré en pilules et en injections sous-cutanées, à des doses très variables, mais toujours à des doses progressives.

Chez certains malades nous nous sommes arrêté à 0,08 et 0,10 cent., et en général nous n'avons pas dépassé, cette dose pour les injections sous-cutanées; chez d'autres nous sommes monté jusqu'à 0,30 cent.

Une vingtaine de malades seulement ont été soumis à ce traitement, et nous ne donnons nos conclusions que dans l'espoir de provoquer de nouvelles recherches, qui viennent les confirmer.

Ce qui nous a frappé tout d'abord, ce sont les résultats constants, l'amélioration toujours très régulièrement constatée, chez les malades que nous avons choisis pour sujets de nos expériences, ce qui tendrait à prouver que c'est bien là l'indication véritable de la codéine et, de ses sels, dans la thérapeutique des maladies mentales. Ce qui vient nous confirmer encore dans cette manière de voir, c'est que les rares médecins étrangers qui s'en sont servis dans le traitement des maladies cérébrales et nerveuses n'ont obtenu, chez la plupart de leurs malades qui étaient des excités maniaques, que des résultats plutôt défavorables. Au milieu de leurs malades se trouvaient, il est vrai, un ou deux mélancoliques; mais ceux-ci ont été grandement améliorés, alors même qu'ils avaient été traités sans succès par le laudanum. (Voir Dornblüth, ouvrage cité).

Sous l'influence de la codéine, nous avons vu presque toujours apparaître cette action que Barbier qualifie,

d'une façon peut-être exagérée, d'exhilarante. Il est indéniable qu'après son emploi les malades présentent une physionomie gaie et animée, qui contraste étrangement avec le masque habituel du mélancolique. Dans un seul cas, nous avons vu le rire franc apparaître par éclats, mais presque toujours les malades accusaient une sensation de force et de bien-être.

Cette modification momentanée de l'état cénesthétique se montre d'une façon très manifeste, dans le sommeil et dans les rêves. Les cauchemars disparaissent très vite, les rêves insignifiants perdent leur caractère pénible, souvent même des rêves gais apparaissent, et prolongent leur action bienfaisante jusque dans la période de veille.

La codéine n'est pas un hypnotique, à proprement parler, mais elle ramène toujours le sommeil chez les mélancoliques et chez les anxieux, en s'attaquant directement aux causes de l'insomnie, en agissant sur la sensibilité générale, en diminuant l'angoisse et la douleur morale, en supprimant le cauchemar. Son action sur l'angoisse est aussi très constante et très manifeste : en augmentant ou en diminuant les doses, on peut à volonté la faire apparaître ou disparaître.

Le phosphate de codéine n'a aucune action défavorable sur le tube digestif, et semble même favoriser les selles. Pour son action sur la circulation nous nous montrerons plus réservés, quoique nous ayons pu l'employer sans inconvénients et à assez haute dose (0,30 c.) chez un cardiaque.

Quoique la plupart des malades supportent admirablement la codéine, il est de notre devoir de signaler que certains ne la tolèrent pas ; nous avons eu en effet trois fois des accidents d'intoxication, se traduisant par des vertiges, de la céphalalgie, des nausées, des tendances à la syncope, du myosis et une tachycardie intense.

©BIUM

Ces accidents n'ont du reste eu aucune suite, et se sont dissipés très rapidement.

Il n'en est pas moins vrai qu'il convient de n'employer la codéine qu'à doses progressives et qu'il faut surveiller attentivement le malade, dès qu'on arrive à 0,06 c. en injections sous-cutanées, et à 0,08 à 0,10 c. lorsque le médicament est administré en pilules.

Législation

DE LA PROTECTION DE LA FORTUNE DES MALADES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

CE QU'ELLE EST — CE QU'ELLE DOIT ÊTRE

Par le Dr Samuel GARNIER
Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

Mémoire couronné par la Société médico-psychologique (Prix Semelaigne).

Suite (1).

Suisse. — La Confédération suisse ne possède pas de législation fédérale concernant les aliénés, de sorte que chaque canton suit une jurisprudence particulière. Deux cantons, celui de Zurich et de Saint-Gall, sans avoir une législation sur les aliénés, appliquent les règles civiles de leur Code particulier. Ainsi, à Zurich, le Code du canton dit que *toutes les personnes étant hors d'état d'administrer elles-mêmes leurs biens par suite d'aliénation mentale doivent être placées sous la tutelle de l'État.* On ne distingue pas si elles sont placées dans

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1901, janvier-février et mars-avril 1902.

©BIUM

un établissement d'aliénés ou si elles vivent au dehors. La mesure de la tutelle indistinctement pour tous ces cas est ainsi excessive. Dans le canton de Saint-Gall, d'après l'article 2 de la loi sur la tutelle de 1884, il est dit que *seront mis en tutelle par mesure judiciaire les personnes majeures des deux sexes qui ne posséderont pas les capacités nécessaires pour gérer leur fortune, par suite d'infirmités mentales ou corporelles.* C'est en somme ce qui existait en France avant la loi de 1838.

Dans le canton de Neuchâtel, la loi du 23 mai 1879 édicte dans son article 18 que : « *Toutes les autorisations d'internement seront communiquées au procureur général qui pourra faire désigner, selon les cas, aux personnes non interdites, un curateur d'office par la justice de paix au lieu de leur domicile. Cette nomination ne sera pas sujette à appel. Le procureur devra veiller à ce que cette curatelle cesse aussitôt que cesseront les causes qui l'ont déterminée. Il pourra aussi provoquer l'interdiction de la personne aliénée conformément à l'article 350 du Code civil.* »

Dans son article 19, il est dit que les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, sur les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sur leur administration et leurs comptes, sont applicables aux curateurs nommés en vertu de l'article précédent.

Relativement à la protection des biens des aliénés internés, la loi de Neuchâtel est donc relativement libérale, puisqu'elle a créé un emploi de curateur chargé de les administrer, ce qui permet de se passer de l'interdiction.

A Genève, le régime des aliénés est soumis à la loi du 5 février 1838, qui règle au titre III les effets du placement de l'aliéné sur l'administration de ses biens.

ART. 13. — Lorsqu'une personne placée dans un éta-

blissement public ou privé n'est pas pourvue de tuteur, ses parents, son conjoint et le procureur général pourront demander la nomination d'un administrateur provisoire de ses biens.

La commission administrative de l'établissement public pourra faire la même demande pour les personnes qui y sont placées, etc...

Le greffier du tribunal donnera à l'établissement public dans lequel est retenu l'aliéné avis du jugement qui nomme un administrateur de ses biens.

ART. 14. — Dans les dix jours qui suivront le placement dans un établissement privé, le propriétaire ou directeur de l'établissement devra soumettre le cas au procureur général, qui provoquera la nomination de l'administration provisoire, s'il l'estime convenable.

ART. 15. — L'administrateur provisoire fera tous les actes conservatoires des biens de l'aliéné et ceux de simple administration. Il pourra vendre les fruits de l'année et, sur une autorisation du président du tribunal civil, ceux des effets mobiliers susceptibles de se détériorer. Il pourra être assujetti par l'ordonnance de nomination à faire inventaire à son entrée en fonctions.

ART. 16. — Le tribunal, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter l'aliéné dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels celui-ci sera intéressé.

ART. 22. — Le procureur général pourra, pour cause d'imbécillité ou de démence, provoquer d'office l'interdiction de l'aliéné placé depuis deux ans dans un établissement public ou privé, lors même qu'il aurait un conjoint ou des parents connus.

ART. 23. — A la cessation de ses fonctions, l'administrateur provisoire rendra compte de sa gestion à qui de droit.

ART. 24. — Après la mort d'un individu dont l'inter-

©BIUM

diction n'aura été ni prononcée ni provoquée, les actes faits par lui pendant qu'il était placé dans un établissement d'aliénés pourront être attaqués pour cause de démence, nonobstant la disposition de l'art. 504 du Code civil.

Ainsi donc, de tous les cantons suisses, deux seulement, Neuchâtel et Genève, ont une loi spéciale sur les aliénés ; et dans tous les autres où se trouvent des asiles, dont les règlements de ces établissements tiennent lieu de prescriptions législatives, il n'y a qu'une jurisprudence variable, insuffisante à protéger les biens des aliénés.

Italie. — Des divers États de la péninsule italienne, la Toscane possédait seule avant l'unification de l'Italie, sous le nom de proprio motu de 1838, une loi spéciale sur le régime des aliénés. Un projet de loi présenté le 23 novembre 1878 à la Chambre des députés réglait dans les manicomes publics et privés la situation juridique des aliénés séquestrés par les quatre dispositions ci-après.

ART. 9. — Premier paragraphe. — L'arrêt qui autorise la réclusion définitive dans un manicome emporte de plein droit l'incapacité de l'aliéné dans le sens de l'article 339 du Code civil, sauf à nommer provisoirement, dans les cas où le tribunal le croit nécessaire, un administrateur provisoire.

ART. 10. — Au terme d'une année après l'admission d'un aliéné dans le manicome, le procureur du roi, se basant sur la déclaration du directeur certifiant l'état de maladie mentale habituelle, requerra de la part du tribunal, conformément aux articles 326 et 327 du Code civil, le jugement rogatoire d'interdiction.

ART. 11. — Les parents d'un aliéné dangereux qui entendent le faire traiter dans leur propre domicile et

©BIUM

le médecin traitant ont l'obligation d'en faire la demande au procureur du roi, en y joignant le document prescrit à l'art. 6 (de la loi) et en faisant connaître les moyens qu'ils entendent employer pour écarter tout danger au préjudice du malade ou des autres personnes.

Le procureur du roi prend les informations nécessaires et, si celles-ci sont rassurantes, il requiert du tribunal la déclaration d'incapacité ou la nomination d'un administrateur provisoire d'un aliéné et le consentement de son traitement à domicile.

Dans le cas contraire, il requiert l'injonction de nouvelles mesures, en outre de celles mentionnées dans la demande, ou l'intimation aux parents d'avoir à présenter immédiatement la demande de réclusion de l'aliéné dans un manicome public ou privé, dans les termes des articles précédents.

ART. 12. — Même dans le cas de fous tranquilles traités à domicile, c'est une obligation, tant des proches parents que des médecins traitants, de faire la déclaration à l'autorité de police de sûreté publique de l'existence de la folie, aussitôt qu'il s'est écoulé un temps qui ne peut être de plus d'un mois après la manifestation de la folie.

L'autorité de sûreté publique devra en informer aussitôt le procureur du roi, en lui transmettant toutes les pièces nécessaires pour qu'il puisse provoquer l'arrêt d'incapacité ou la nomination d'un administrateur judiciaire conformément à l'article 339 du Code civil.

Au terme d'une année après l'arrêt prononçant l'incapacité, si la complète guérison n'a pas eu lieu, les proches parents et le médecin traitant devront provoquer de la même manière le jugement *d'interdiction conformément aux articles précités* 326 *et* 327 *du Code.*

Le côté saillant de ces dispositions légales réside dans la déclaration d'incapacité légale, qui non seulement

frappe les aliénés qui sont enfermés dans les manicomes, mais aussi ceux qui sont soignés à domicile. Il est certain que l'incapacité déclarée frappe de nullité absolue tous les actes faits par les aliénés et peut prévenir la dilapidation de leur avoir, en les empêchant même de signer valablement, dans des intervalles dits lucides, des actes qui pourraient leur être préjudiciables.

Allemagne. — Il n'y a pas de législation spéciale sur le régime légal des aliénés dans les Etats de l'Empire allemand, de sorte qu'on ne peut se rendre un compte exact des mesures propres employées pour sauvegarder la fortune des malades séquestrés.

Autriche. — Les provinces de la Monarchie autrichienne, à l'exception de la Hongrie, qui a ses lois et règlements propres qui sont conformes, du reste, si ce n'est pour quelques détails secondaires, à ceux de l'Autriche, sont placées sous le régime de l'Ordonnance de 1874 relative aux aliénés.

Dans le dernier paragraphe de l'article 23 de cette Ordonnance, il est dit que *les communes sont tenues de désigner aux Tribunaux les aliénés qui ne se trouvent pas sous la puissance d'un père, ou d'un tuteur, afin qu'on prenne à leur égard les mesures nécessaires.*

L'art. 25 édicte que « *les autorités judiciaires sont tenues de faire connaître aux établissements d'aliénés la nomination des tuteurs ou curateurs donnés aux malades placés dans les dits établissements* ».

Ces deux seules dispositions sont manifestement insuffisantes, en ce qu'elles ne protègent que les biens des aliénés séquestrés interdits et n'organisent aucune administration pour les biens de ceux dont le patrimoine est considéré comme ne méritant pas les frais d'une interdiction. Cette dernière, d'ailleurs, peut être

trop tardive, et l'initiative communale pour la provocation des mesures nécessaires est en Autriche bien mal définie.

Russie. — Différents articles additionnels aux lois civiles de 1876 règlent, en Russie, la situation juridique des aliénés internés ou non. En voici la teneur :

ART. 375. — *Les personnes reconnues aliénées par le Sénat sont confiées aux soins et placées sous la surveillance de leurs parents les plus proches ; en cas de refus de la part de ces derniers, elles sont placées dans un asile d'aliénés.*

ART. 376. — Les biens des personnes atteintes d'aliénation mentale sont confiés à leurs héritiers, sans que ceux-ci aient le droit de les aliéner, *ni de les hypothéquer du vivant du malade ; ils doivent en outre mettre les revenus en sûreté.*

ART. 377. — Au point de vue de la gestion de ses biens confiée aux héritiers, l'aliéné est assimilé à un mineur.

ART. 379. — S'il y a lieu de mettre en tutelle, pour cause d'aliénation mentale, une personne dont les biens se trouvent partie dans l'empire russe et partie dans le royaume de Pologne, il sera procédé à l'examen du malade, conformément aux lois en vigueur dans le pays où il réside.

Si l'aliéné a sa résidence dans l'Empire, le Sénat met sa personne et ses biens situés dans l'Empire sous tutelle, puis en informe le vice-roi de Pologne par l'intermédiaire du ministère de la justice, afin que les mêmes mesures soient prises, relativement aux biens de l'aliéné situés dans le royaume de Pologne.

Si au contraire l'aliéné réside en Pologne, les autorités compétentes se conforment aux lois en vigueur dans le royaume pour établir la tutelle et provoquer l'interne-

©BIUM

ment du malade dans un asile ; elles en informent en même temps le général gouverneur de l'Empire qui porte le fait à la connaissance du Sénat par l'intermédiaire du ministère de la justice.

Le principal grief qu'on puisse formuler contre ces dispositions, c'est que les héritiers, même avec les restrictions de l'art. 376, soient investis, sans contrôle, de l'administration des biens des aliénés séquestrés. Il n'est pas moins mauvais que la tutelle apparaisse comme seule mesure conservatoire des biens des internés. Avant que celle-ci soit prononcée ou demandée, que fera-t-on ? Quelles mesures légales assureront la protection du petit patrimoine de l'interné, si ses biens sont de trop peu de valeur pour recourir à la tutelle ?

Angleterre et Ecosse. — Les aliénés peuvent être divisés en Angleterre en deux classes, les aliénés interdits et ceux qui ne le sont pas. Les aliénés interdits ou aliénés de la Chancellerie sont soumis en ce qui concerne l'administration de leurs biens à des règles très minutieuses qui, à elles seules, remplissent quarante-deux articles du *Lunacy Regulation* de 1853.

Le point le plus important de cette administration des biens est la fixation, par le *Master*, de la part des revenus qui doit être mise à la disposition du tuteur à la personne pour les besoins du malade : cette part est en moyenne des deux tiers du revenu. En Angleterre, il y a deux tuteurs, le tuteur à la personne et le tuteur aux biens. Celui-ci est tenu de fournir un cautionnement ou des cautions solidaires, et doit fournir un compte annuel à la Chancellerie des recettes et des dépenses faites pour le malade. Sur les 1.000 malades qui sont interdits, un tiers environ n'est pas placé dans les établissements spéciaux.

Les *Visitors* sont officiellement informés du montant

de la fortune de chacun des aliénés de la Chancellerie, de la somme qui est allouée au tuteur, et de la proportion d'après laquelle elle est répartie entre les principaux articles de dépense. Les *Visitors* peuvent ainsi se rendre compte de la manière dont l'aliéné est traité, et adresser un rapport circonstancié au Lord Chancelier. Quant à la protection des intérêts et à l'administration des biens des 75.000 aliénés environ qui échappent à la tutelle directe et personnelle de la Chancellerie, rien ou presque rien n'a été fait. Il y a bien deux articles insérés dans la loi du 7 août 1862, appelés *clauses Shaftesbury*, qui essaient de remédier à cet inconvénient ; mais les mesures légales qu'elles édictent sont restées à peu près stériles en ce que pratiquement les malades pour lesquels on les utilise ne sont guère qu'une vingtaine dans toute l'Angleterre. Il est dit dans ces articles que, lorsque le Lord Chancelier est informé que les intérêts pécuniaires d'un aliéné ont besoin de protection, mais que la fortune de cet aliéné ne dépasse pas 24.000 francs en capital ou 1.250 francs de rente, le Lord peut prendre l'administration de cette fortune, sans soumettre le malade à formalité préalable d'une inquisition (Interdiction).

Ainsi donc (page 395 du Rapport Foville, in Annexes Rapport Roussel) : « La loi ne prend aucune mesure de protection pour les intérêts pécuniaires de tous les autres aliénés. Ce sont les parents et les amis qui ont à y pourvoir, comme ils le peuvent, sans autorité légale et sans contrôle. Sans doute les aliénés indiqués se trouvent placés, dans certaines limites, sous la tutelle des gardiens des pauvres, mais ils le sont comme tous les autres individus qui bénéficient de la charité légale, sans que rien de particulier soit prescrit en raison de leur situation spéciale d'aliénés. Encore sont-ils plus en en sûreté que ceux qui, sans être riches et sans être

©BIUM

indigents, appartiennent à la classe intermédiaire des petits bourgeois, des petits rentiers, des petits commerçants ; pour ceux-là, rien n'est prévu. Il est facile de comprendre les difficultés et les irrégularités sans nombre qui sont le résultat de cette absence de législation protectrice. Les parents ou amis des malades, alors même qu'ils sont animés des intentions les plus droites et les plus scrupuleuses, se heurtent à des obstacles qu'ils ne peuvent tourner qu'à l'aide d'expédients plus ou moins avouables. Dans beaucoup d'autres cas, il y a tout lieu de croire que les intérêts des malades sont compromis d'une manière grave, et que les revenus sont loin de recevoir l'emploi le plus conforme à l'esprit de droiture et d'équité. »

En Écosse, la protection des biens des aliénés fait partie des attributions des tribunaux ordinaires. Ils doivent, sur la demande des intéressés, après s'être assuré de la réalité de la folie, nommer un *Juddicial factor*, ou administrateur judiciaire, qui doit rendre compte au tribunal de sa gestion. Le tribunal contrôle ainsi l'emploi de la fortune du malade et doit veiller à ce qu'une partie soit destinée à lui donner le bien-être et le traitement qui lui convient. Toutes les fois qu'un administrateur judiciaire est nommé, il en est donné avis au bureau des *Commissioners* qui, à la suite de leurs visites, dressent un rapport de leurs constatations et l'envoient au tribunal. Mais comme, devant les tribunaux écossais, la procédure, pour arriver à la nomination d'un *Juddicial factor*, est très onéreuse, les malades dont les ressources sont minimes ne peuvent en profiter et, en fait, on ne fait rien pour eux. C'est là une lacune grave. Mais il est bon de mentionner que la surveillance personnelle du bureau des *Commissioners in Lunacy* à Édimbourg s'étend à tous les aliénés connus d'eux et inscrits sur leurs registres, qu'ils soient riches ou pau-

vres, interdits ou non, placés dans des établissements d'aliénés ou dans des maisons privées.

États-Unis d'Amérique. — La diversité des lois américaines, variables suivant chaque Etat, ne permet pas de donner une vue d'ensemble sur ce qui se fait en Amérique, à propos de la protection de la fortune des aliénés séquestrés. Nous citerons seulement, d'après le rapport de M. Roussel, les États où des mesures sont prises dans ce sens.

Dans l'Etat de Delaware, c'est le chancelier de l'Etat qui est chargé de pourvoir les aliénés âgés de vingt et un ans de tuteurs qui administrent leur personne et leurs biens. Ces aliénés sont soignés à l'asile de Newcastle.

Dans l'Etat de Kansas, quand la *Cour des Probates* reconnaît la réalité de l'aliénation, elle confie le malade à un tuteur qui peut le placer dans un asile spécial, ou bien le garder et le soigner chez un particulier.

Dans le Massachusetts, des textes législatifs récents (1882-1883) ont été promulgués, confiant à un bureau de santé la surveillance des hôpitaux publics d'aliénés. Ce bureau doit exercer sur la personne et sur les biens des pauvres publics, enfermés dans l'un quelconque des hôpitaux d'aliénés de l'Etat, les pouvoirs qui dans les communes sont confiés par la loi aux *Overseers*, à l'égard des pauvres entretenus ou secourus par les dites communes. En ce qui concerne les pensionnaires enfermés dans les asiles, les commissaires de comité doivent fixer le montant des sommes nécessaires à leur entretien et en poursuivre le recouvrement sur qui de droit.

Dans l'Etat de Pensylvanie, une loi du 8 mai 1883 a créé un bureau central d'assistance qui a la surveillance de tous les lieux et établissements où est enfermé un aliéné. Ce bureau central nomme un comité de cinq

©BIUM

membres fonctionnant comme comité de l'aliénation mentale. Ce comité peut demander, soit à une cour, soit à un juge du tribunal civil du Comté dans lequel l'aliéné a sa résidence ou est enfermé, de rendre les ordonnances nécessaires pour assurer, soit l'administration, soit la disposition de ses biens.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1902.

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

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

MM. Giraud, Lwoff, Marchand, Masbrenier, Thivet et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Gilbert Ballet, vice-président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Des lettres de remerciements de MM. Pons et Colombani, nommés membres correspondants à la dernière séance ;

4° Une lettre de M. Jean Philippe, chef des travaux du laboratoire de psychologie de la Sorbonne, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Pactet et Roubinovitch, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *De la pneumonie aiguë appendiculaire chez l'enfant*, par M. Massalongho ;

2° *Bulletin de la Société de tempérance*, n° 2.

M. le PRÉSIDENT adresse, au nom de la Société, ses vives félicitations à M. Pierre Janet qui vient d'être nommé professeur de psychologie expérimentale au Collège de France.

©BIUM

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Christian, Joffroy et Dupain, rapporteur, chargée d'examiner les titres et les travaux scientifiques de M. le Dr van Deventer, médecin en chef-directeur de l'asile d'aliénés de Meerenberg (Hollande), qui sollicite le titre de membre associé étranger.

Ma tâche a été singulièrement facilitée grâce à l'aimable obligeance de notre distingué collègue, M. le Dr Jules Morel, inspecteur des asiles d'aliénés du royaume de Belgique, médecin en chef de l'asile de Mons, et membre associé étranger de notre Société. Ce savant aliéniste a bien voulu prendre la peine de traduire de la langue hollandaise les travaux de son collègue M. le Dr van Deventer et de m'en faire parvenir l'analyse. Je suis heureux de remercier publiquement M. le Dr Jules Morel de son aimable courtoisie et de ses sentiments de confraternité.

Messieurs, M. le Dr van Deventer, médecin en chef-directeur de l'asile de Meerenberg, est considéré non seulement comme un très savant psychiatre, mais encore comme un grand réformateur. C'est grâce à lui que le no-restraint a été généralisé en Hollande depuis une dizaine d'années. C'est lui qui a inauguré les leçons destinées à donner l'instruction professionnelle aux infirmiers des asiles ; il en a augmenté le nombre ; il a amélioré leur situation morale et matérielle. Depuis plusieurs années il a installé dans sa division des hommes un service de surveillantes qui dirigent les quartiers, laissant seulement aux infirmiers les soins des travaux où l'énergie physique de la femme est insuffisante, ou encore ceux commandés par la bienséance, tels que les bains, les douches, etc. Ce système n'est pas nouveau en France ; mais, à ma connaissance du moins, il n'est appliqué que dans certains asiles privés.

M. le Dr van Deventer a sous sa direction 6 ou 7 médecins adjoints qui le secondent dans les soins à donner aux malades et dans les recherches scientifiques des laboratoires. Du reste, l'asile de Meerenberg mérite

©BIUM

d'être connu, et je ne saurais trop engager mes confrères à aller le visiter; ils sont certains de rencontrer un cordial accueil, d'être toujours les bienvenus.

Docteur en médecine le 23 juillet 1873, tout de suite assistant d'anatomie pathologique à l'université d'Amsterdam, puis membre de la Société des sciences naturelles et médicales, M. le Dr van Deventer était nommé trois ans après professeur à l'Ecole des étudiants militaires en médecine. En 1879, il devient médecin-directeur suppléant du « Buiten Easthuis » d'Amsterdam, puis médecin en chef-directeur en 1883, étant déjà médecin légiste auprès des tribunaux d'Amsterdam en 1881. En 1886, M. le Dr van Deventer était privatdocent de psychiatrie à l'Université d'Amsterdam ; sans énumérer les nombreuses Sociétés scientifiques dont il fait partie, président de la Société de médecine mentale de la Hollande, fondateur de la ligue pour les soins à donner aux blessés, etc., etc., je me contenterai de dire que notre distingué confrère dirige l'important asile de Meerenberg depuis 1892.

Vous avez pu juger, Messieurs, à l'importance des brochures ou mémoires déposés sur le bureau, que le bagage scientifique de M. le Dr van Deventer était des plus honorables. Grâce à l'aimable obligeance de notre confrère M. le Dr Jules Morel, nous pouvons en apprécier la valeur. Pour ne pas dépasser les limites de mon rapport, je me bornerai à signaler les principaux ouvrages :

1880. L'épilepsie. — 1881. Les psychoses dans le cours des maladies rénales. — 1882. Insania moralis. — 1885. Othématome. — La dipsomanie. — Débilité mentale et délire des persécutions. — 1886. La lèpre dans la Néerlande et les colonies. — Les psychoses transitoires chez les alcooliques. Etude médico-légale. — L'Hystéro-épilepsie. — 1887. Considérations sur la folie traumatique. — Folie simulée. — 1888. Les maladies mentales et les maladies du cœur. — Quelques considérations sur le traitement psychique des aliénés. — Le délire de la jalousie. — 1889. Sur le rôle de la suggestion dans la folie à deux. — 1890. Le but et le rôle des patronages pour les aliénés guéris. — 1891. L'influence de la musique sur certains états psycho-

©BIUM

pathologiques. — 1892. La place des criminels habituels dans la société. — Un fou moral devant le forum. Etude psychologique. — Le type criminel. — Considérations sur les soins à donner aux aliénés. — 1893. La confusion mentale primaire. — 1894. La neurasthénie sexuelle, etc.

Je lasserais votre attention, Messieurs, en continuant d'énumérer les publications de notre confrère. Vous pouvez vous rendre compte de l'étendue des travaux de cet éminent aliéniste. Il est au premier rang en Hollande et comme savant psychiatre et comme grand réformateur. Votre Commission vous propose donc de nommer M. le Dr van Deventer, médecin en chef-directeur de l'asile d'aliénés de Meerenberg (Hollande), membre associé étranger.

M. van Deventer est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Le traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle, et la fonction des pyramides chez l'homme.— Rapport sur des travaux du Dr Pilcz.

M. Chaslin. — Messieurs, vous m'avez chargé de vous entretenir quelques instants de deux travaux que M. Pilcz (de Vienne) a envoyés à la Société médico-psychologique. Le premier travail a pour titre : Sur la question du traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle (1). C'est un examen purement critique de tous les travaux qui ont été faits sur la question. L'auteur a eu pour but d'éclairer le médecin praticien sur la valeur d'une intervention chirurgicale, soit résection du sympathique, soit craniectomie, dans le traitement de cette affection. Pour la résection du sympathique, si on examine les 192 observations sur lesquelles on peut avoir quelques détails suffisants, on aurait 11,97 p. 100 de guérisons et 10,4 p. 100 d'améliorations. Mais généralement on se hâte de proclamer la guérison ou l'amé-

(1) Alexander Pilcz, Zur Frage der chirurgischen Behandlung der essentiellen Epilepsie, Abdruck aus dem *Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin u. Chir.*, Bd IV, nº 15, 1901.

©BIUM

lioration dans un délai suffisant pour en être assuré, et souvent aussi le diagnostic n'est pas absolument certain ; l'hystérie simule si facilement l'épilepsie ! Si bien que de ces 192 observations il en reste seulement 80 de vraiment utilisables, c'est-à-dire où l'épilepsie était certaine et la durée de l'observation suffisante. Alors, messieurs, sur ces 80 cas il y a 31 p. 100 d'améliorations douteuses et aucune guérison certaine.

Aussi M. Pilcz conclut-il en disant que si vraiment cette opération semble agir dans quelques cas rares, elle n'agit pas plus efficacement que toutes ces causes intercurrentes, fièvres, traumatismes, opérations quelconques : la résection du sympathique n'est donc aucunement justifiée.

La craniectomie est incontestablement une opération logique et, semble-t-il, efficace dans les cas de traumatisme cranien, d'épilepsie jacksonienne vraiment typique. Et pourtant, en y regardant de près, on s'aperçoit que sa valeur pratique est bien faible déjà : il y a, même en cas d'une lésion grossière justifiable de la trépanation, tant d'autres faits encore qui influent sur la convulsibilité, sur l'excitabilité de l'écorce, et sur la permanence de l'épilepsie ! Aussi, que peut-on bien attendre sérieusement de cette même opération dans l'épilepsie essentielle ? En fait, rien : ni la trépanation simple, ni la trépanation accompagnée d'excision de la dure-mère, ni même l'audacieuse résection d'une partie de l'écorce faite par Horsley, n'est capable de guérir l'épilepsie essentielle. Dans ce dernier mode d'intervention, il faut noter expressément que le patient infortuné qui en fut l'objet garda ses convulsions tout aussi intenses et fréquentes, et acquit en outre une bonne paralysie permanente.

En résumé, l'épilepsie essentielle n'est pas une affection justiciable d'une intervention chirurgicale quelconque. Et d'ailleurs celle-ci n'est pas si innocente qu'on veut bien l'affirmer. « Graf, par exemple, compte 6,1 p. 100 de morts par la trépanation, dit l'auteur en terminant son article. Un cas de mort directe par résection du sympathique n'est, il est vrai, pas mentionné ; mais qu'une opération sur le sympathique, voire même l'ablation totale bilatérale de son cordon (au cou)

soit si indifférente, que ce procédé soit à ranger parmi ceux qui ne font pas de mal s'ils ne font pas de bien, suivant la locution populaire, personne ne pourra l'accorder à MM. Chipault et Jonnesco. »

Je ne puis que me rallier complètement aux remarques si sensées de M. Pilcz sur ce sujet. Nous savons tous combien l'épilepsie subit l'influence d'une foule de facteurs : régime, médicaments nouveaux, maladies intercurrentes, traumatismes, etc., etc. Il faut y regarder à deux fois, et même longtemps, des années, avant de pouvoir déclarer qu'une intervention quelconque a guéri cette affection.

Le deuxième travail de M. Pilcz a pour titre : « Sur la fonction des pyramides chez l'homme (1). »

On pouvait, il n'y a pas encore bien longtemps, considérer comme un des résultats les mieux établis de la neurologie, que les faisceaux pyramidaux, les seules voies ininterrompues de conduction de l'écorce à la moelle, étaient parcourus par l'impulsion volontaire motrice. Et voilà que, lorsqu'on y regarde de près, il semble bien que chez l'homme rien ne le démontre, comme va nous le faire voir M. Pilcz, et que chez les animaux des expériences récentes, à dater de celles de Starlinger en 1895, ne paraissent pas démontrer la réalité de cette conduction. S'il est imprudent de conclure directement des animaux à l'homme, il faut, pour bien établir le rôle des pyramides chez l'homme, ne se servir que des faits fournis par la pathologie humaine, tout en admettant la lumière projetée par l'expérimentation. Or, ces faits de la pathologie humaine, examinés avec un esprit critique très informé, ne démontrent en aucune façon que les pyramides soient les voies parcourues par l'influx moteur volontaire, ces faits d'ailleurs aussi ne démontrent pas non plus le contraire. De telle sorte que le véritable résultat auquel arrive M. Pilcz, est que nous ne savons nullement à quoi servent les pyramides chez l'homme. Voilà qui ne manque pas de piquant : il est

(1) Alexander Pilcz. Zur Frage der Funktion der Pyramiden beim Menschen. Separatabd aus der *Wiener klin. Wochenschrift*, 1901, n° 50.

©BIUM

toujours excellent de savoir que l'on ne sait rien sur un sujet donné!

Nous devons donc remercier M. Pilcz de nous avoir envoyé ces deux mémoires, courts mais remplis d'un si judicieux esprit critique : ils déblaient le terrain, et je suis persuadé que les quelques mots que je viens de leur consacrer auront éveillé l'intérêt de la Société en l'incitant à poursuivre les problèmes que M. Pilcz nous montre si clairement n'être pas résolus.

Les Psychoses à base d'interprétations délirantes,

par MM. P. Sérieux et J. Capgras.

L'interprétation délirante est une manifestation banale de nombreuses maladies mentales. Connue depuis longtemps, son étude ne nous paraît pas cependant avoir suffisamment été approfondie : l'importance clinique de ce symptôme, trop souvent confondu avec l'illusion et avec l'hallucination, nous semble en effet avoir été quelque peu méconnue.

Falret père (1850) avait déjà signalé la facilité avec laquelle on décore de simples interprétations du nom d'hallucinations. Il estime qu'on a beaucoup exagéré le nombre des hallucinés : tandis que pour Esquirol la proportion était de quatre-vingts hallucinés pour cent aliénés, elle n'est pour lui que de 30 p. 100. « Souvent, dit-il, il nous est arrivé de diagnostiquer des hallucinations, et un examen plus attentif, ou un concours de circonstances plus favorables, nous ont démontré que le phénomène dont nous étions témoin avait sa cause première dans le monde extérieur. Il est très probable qu'on tombe dans l'erreur en admettant sur la simple assertion des aliénés les hallucinations qu'ils disent avoir ressenties. Dans les asiles, les paroles étranges prononcées par les malades voisins peuvent très bien impressionner l'aliéné, et devenir la source d'interprétations qu'il sera presque impossible de ne pas prendre pour des hallucinations. »

Baillarger, à la même époque, distingue avec une précision remarquable les interprétations délirantes des illusions : « Les illusions des sens, dit-il, diffèrent essentiellement des faux jugements portés à l'occasion des

©BIUM

sensations. Dans les unes il y a réellement une fausse sensation. Dans les autres la sensation est perçue comme à l'état normal, mais le malade l'interprète d'une manière fausse. » Une malade voit, par exemple, un visiteur lever sa canne d'une certaine façon, et en conclut que c'est l'ordre pour elle de quitter l'asile : « Cette femme, dit Baillarger, a-t-elle eu une illusion des sens? Assurément non, elle a interprété d'une certaine manière une sensation bien réelle ; elle a porté un faux jugement, ou plutôt elle a eu une conception délirante à l'occasion d'une sensation. Rien de plus ordinaire que ces faits chez les hallucinés, et rien de plus difficile que de reconnaître au milieu de tout cela les véritables hallucinations. »

Cette difficulté de diagnostic, sur laquelle M. Séglas a de nouveau insisté (1894), est dans certains cas tellement grande qu'on tranche parfois la question, non point d'après le symptôme en lui-même, mais suivant le sujet qui l'a présenté. Tout un groupe de maladies ont les unes bénéficié, les autres souffert de ces erreurs de diagnostic. Les hallucinations sont devenues un symptôme quasi nécessaire du délire de persécution ; elles sont au contraire — à tort, croyons-nous — considérées comme exceptionnelles dans la paralysie générale.

Nous voudrions essayer de mettre en relief l'importance, parfois même la prédominance exclusive des interprétations dans un certain nombre de psychoses. Il est possible d'établir dans cette étude trois divisions d'après la valeur très inégale que les interprétations délirantes possèdent dans les divers complexus morbides :

1° Les interprétations délirantes n'ont qu'une valeur *épisodique;*

2° Les interprétations délirantes représentent un *syndrome* dont l'importance est plus ou moins considérable, mais qui est commun à diverses psychoses;

3° Les interprétations délirantes caractérisent une *espèce clinique spéciale* qui doit être nettement différenciée des délires de persécution hallucinatoires et de la folie des persécutés-persécuteurs.

I. — Nous n'insisterons pas sur la première catégorie.

Il n'est pas rare de voir apparaître, au cours des psychoses les plus différentes, quelques interprétations délirantes. Ces troubles sont en général sous la dépendance de phénomènes sensoriels qui les provoquent, ils sont plus ou moins éphémères, et sans influence notable sur la marche du délire. Ces faits sont bien connus. Il nous suffira de les mentionner.

II. — Arrivons immédiatement à la seconde catégorie. Ici des interprétations délirantes multiples, actives, se tiennent au premier plan du tableau symptomatique. Il ne s'agit plus d'un épisode banal, mais bien d'un syndrome déterminant en grande partie la marche de la maladie.

Ce syndrome, qui peut se montrer dans les psychoses les plus variées, revêt deux aspects différents. Tantôt les interprétations délirantes surgissent d'emblée sous forme de bouffée *aiguë*, sans systématisation, et de courte durée : tel est le cas dans la folie des dégénérés, dans la folie intermittente, dans les délires toxiques, la mélancolie présénile, la démence précoce, etc.

Tantôt, au contraire, elles se systématisent et se montrent au cours, ou comme première phase, d'une psychose *chronique* (délires systématisés de persécution et de grandeur, délire de persécution sénile, démence précoce, folie des persécutés-persécuteurs).

La diminution du sens critique qui empêche les malades de redresser leurs erreurs de jugement, est due, sans parler de la prédisposition psychopathique, dans le premier cas à un état émotif, ou à un état de confusion mentale, dans le second à des idées obsédantes, ou encore à l'affaiblissement intellectuel.

Il est inutile d'insister sur l'importance des interprétations délirantes à la première période des délires chroniques de persécution, non plus que dans les délires de persécution de la sénilité. Dans ces derniers cas les troubles réels, physiques ou psychiques, dus à l'involution sénile (perte de la mémoire, diminution de la volonté, etc.), servent de point de départ à des interprétations délirantes (1) ; le malade prétend qu'il n'a plus

(1) Capgras. *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose présénile.* Thèse, Paris, 1900.

son libre arbitre, qu'on l'hypnotise, qu'on le suggestionne, qu'on le magnétise pour lui prendre sa volonté : une de nos malades se plaint que ses ennemis se servent d'appareils pour « lui pomper sa pensée », qu'on lui fait perdre la mémoire, etc. Dans d'autres cas ce sont des faits sans signification spéciale qui déterminent, grâce à l'affaiblissement du sens critique, des interprétations manifestement erronées.

Nous ne ferons que mentionner les interprétations délirantes qui apparaissent chez les mélancoliques, surtout dans les paroxysmes anxieux. M. Séglas, dans son étude sur *Le délire des négations*, a parfaitement observé que le délire mélancolique est essentiellement à base d'interprétations, les hallucinations n'y jouant en général qu'un rôle secondaire.

Certains cas aigus cependant méritent plus qu'une brève mention : ce sont ceux où la richesse des interprétations contraste avec l'absence ou la rareté des hallucinations pendant toute la durée — généralement courte (quelques mois) — de la maladie. C'est là une variété distincte que l'on peut, sans prétendre en faire une espèce clinique autonome, décrire sous le nom de *psychose aiguë à base d'interprétations délirantes.*

Dans certains cas, des réactions assez spéciales peuvent se manifester, qui donnent aux malades la physionomie de persécutés-persécuteurs véritables. Il est, par exemple, certaines observations de persécuteurs amoureux ou jaloux qu'on pourrait prendre à première vue pour des cas appartenant à la *folie des persécuteurs* (à base d'idées obsédantes), et qui doivent en réalité rentrer dans le cadre de la psychose à base d'interprétations des dégénérés.

Nous donnerons trois exemples de psychose aiguë à base d'interprétations délirantes :

Notre première malade est une héréditaire qui, à la suite d'une grippe, présente une bouffée d'interprétations délirantes remarquables par leur polymorphisme, leur niaiserie. C'est une litanie d'absurdités qui satisfont son esprit. Ces interprétations sont alimentées par de nombreuses illusions ; mais les hallucinations, si elles existent, semblent peu actives. Les bruits extérieurs lui font croire qu'on vient l'assassiner. Ses sensations organiques

©BIUM

(bronchite, angine) lui font dire qu'elle a des morceaux de verre dans la poitrine ou que des araignées la piquent à la gorge. Pendant plusieurs mois ses conceptions s'accompagnent d'anxiété allant parfois jusqu'à la panophobie, puis la réaction émotionnelle disparaît, malgré la persistance des mêmes interprétations, et fait place à une attitude indifférente ou satisfaite. L'affaiblissement intellectuel, manifeste aujourd'hui, nous montre qu'il s'agit soit d'une démence secondaire chez une débile, soit d'une démence paranoïde ayant débuté par une psychose aiguë à base d'interprétations délirantes.

Obs. I. — M^me^ L..., Eugénie, âgée de quarante-trois ans, est entrée à la maison de santé de Ville-Evrard le 29 juin 1900.

Une sœur de la malade, à la suite d'un chagrin, a séjourné un mois dans une maison de santé.

Mariée à vingt ans, M^me^ L... a eu trois enfants, tous morts en bas âge (un de méningite, un autre de convulsions). Elle a toujours été nerveuse (sensation de boule montant à la gorge), mais n'a pas de stigmates hystériques. Elle touche à la ménopause : sa menstruation est très irrégulière depuis un an.

Il y a trois mois, une forte grippe paraît avoir déterminé l'éclosion du délire : la malade présente au début des craintes d'être assassinée, revenant par accès dans la journée, et s'accompagnant d'une angoisse et d'une agitation intenses. C'étaient alors des cris d'effroi à la vue d'objets insignifiants : les personnages des tableaux, un buste de son mari vont l'assassiner ; il y a des gens cachés dans les armoires. Elle fait même une tentative de suicide, essaye de se jeter dans un puits. Dans l'intervalle de ces accès elle est calme, s'occupe de son ménage, mange et dort bien. Cet état émotionnel paraît avoir été aggravé par les reproches parfois très vifs et un traitement maladroit de son entourage.

A son arrivée elle dit en pleurant que son mari a voulu se débarrasser d'elle parce qu'elle était méchante. Elle se rend compte que son cerveau est malade depuis quelque temps, mais est préoccupée surtout, à juste raison d'ailleurs, par l'état de ses poumons. Elle présente des signes physiques de tuberculose pulmonaire ; elle est très amaigrie. Taches de vitiligo aux deux mains. Pupilles égales ; réflexe lumineux faible ; réflexes patellaires vifs. Tachycardie.

L'anxiété très vive provoque de la dyspnée ; la malade gémit sans cesse, il lui est difficile de fixer son attention. Nos questions l'inquiètent, elle n'y répond qu'avec hésitation : « N'écri

©BIUM

vez pas, dit-elle, ne me faites pas de mal », et elle demande d'un air effrayé si l'on ne va pas l'assassiner. Pendant plusieurs mois les mêmes craintes persistent, déterminant une angoisse extrême, une agitation qui s'accentuent encore durant la nuit : elle crie : au feu, au secours. L'alimentation est difficile. On ne peut approcher de M^me^ L..., sans qu'elle pousse des cris de terreur : elle fuit de tous côtés, et sa frayeur l'entraîne parfois à une véritable folie d'opposition. A d'autres moments elle se cramponne aux infirmières, les suppliant de la protéger, de ne pas la laisser seule. Elle ne peut sortir d'une chambre sans pousser des cris, par peur de ce qui se trouve derrière la porte. Un jour, désespérée, elle déchire sa chemise avec l'intention de se pendre. Quand son attention le permet, il est facile de reconnaître qu'il n'y a ni confusion mentale ni désorientation. La mémoire est conservée. Les opérations psychiques semblent ralenties : elle arrive avec peine à donner un résultat faux de soustraction; elle est, il est vrai, d'un niveau intellectuel faible, et n'a reçu qu'une instruction élémentaire. Dans les périodes d'anxiété, au contraire, il est impossible d'obtenir une réponse sensée : il y a douze ans qu'elle est ici, dit-elle, puis elle ajoute en gémissant : « On me souffle mes réponses, on me fait dire des bêtises. »

Ce qui domine le tableau symptomatique, ce sont les *interprétations délirantes* multiples provoquées par les sensations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, cutanées et viscérales. Au point de vue de la couleur du délire, on note des idées de persécution, des craintes d'empoisonnement et d'assassinat, des préoccupations hypocondriaques.

Voici quelques exemples de ces interprétations délirantes d'origine *visuelle ou auditive*.

M^me^ L... prétend qu'on va la tuer; « on a rempli, dit-elle, des machines d'eau bouillante pour l'y jeter. Deux messieurs la guettaient tantôt avec un revolver. Sa voisine l'a prévenue qu'on allait lui lancer de la poudre dans les yeux ». « Ayez pitié de moi, supplie-t-elle, ne me faites pas trop souffrir, mettez-moi un bandeau sur la figure, que je ne voie pas mes bourreaux. » Elle a vu un fourneau tout préparé pour elle dans la cour; c'est le chariot à vivres qu'elle prend pour un four crématoire. Elle entend remuer les seaux, les couteaux que l'on apprête. « Oh! ces morceaux de viande; oh! ces couteaux », a-t-on dit à la cuisine : c'est d'elle qu'il s'agit. De l'eau tombe goutte à goutte au-dessus de sa chambre; il doit y avoir des assassins là-haut. Les médecins préparent des fers rouges pour lui mettre aux pieds et au ventre; aura-t-elle la force de le supporter ? On va lui attacher les pieds et les mains, la plonger dans l'eau bouillante. Des hommes vont venir lui relever la chemise pour la

©BIUM

voir toute nue, puis ils la tueront ; elles les entend marcher au-dessus de sa tête ; quand il fera sombre, ils descendront pour la couper en trois morceaux. Voit-elle passer quelqu'un, elle s'écrie : « Les voilà, ils viennent me tuer ! » On lui a annoncé qu'on la ferait monter sur le toit, puis la maison s'écroulera. Aperçoit-elle un chien, il va lui manger les jambes, la dévorer. On lui enfoncera des couteaux dans le ventre : « Ça rentrera comme dans du beurre », dit-elle. On va lui donner des coups de marteau sur la tête, et sa cervelle jaillira de tous côtés sur les murs. Son mari vient d'ordonner qu'elle soit guillotinée. Elle entend planter des clous..., c'est pour l'enfermer dans une machine où ses cris seront étouffés. On doit la conduire dans une autre maison où on la martyrisera ; la voiture qui l'amènera est passée tantôt. On va la mettre dans un cercueil ; elle a vu une procession de personnes en blanc, c'est pour lui montrer comment sera son enterrement. Elle croit entendre parler sa mère et sa sœur ; elles sont dans le pavillon ; on l'empêche de les voir. On l'a accusée de faire le malheur des siens, d'envoyer des lettres anonymes. Se promène-t-elle, à chaque instant elle se retourne, croyant deviner quelqu'un derrière elle. Elle suit les mouvements de chacun, écoute attentivement ce qui se dit, persuadée que l'on s'occupe d'elle sans cesse, à l'affût des moyens de la faire disparaître. On veut la ruiner ; chaque jour on ajoute de nouvelles dépenses à ses notes. On lui attribue toute sorte de défauts, on change le sens de ses paroles. Prononce-t-elle « Mon Dieu », on l'accuse d'avoir dit « Nom de Dieu ».

Toutes ces idées délirantes, sans lien aucun, sont dues à des propos qu'elle entend ou à divers objets qu'elle aperçoit. Elle ne semble pas avoir de véritables hallucinations de l'ouïe : « *C'est par des signes*, avoue-t-elle, qu'on me fait comprendre tout ce que je dis. »

Le *goût* et l'*odorat* sont aussi le point de départ d'interprétations délirantes : on met du poison dans ses aliments ; on a fait bouillir un chien, et c'est cette eau qu'on lui donne à boire. On lui fait manger du rat. « Voyez ce vin, dit-elle, c'est de la peinture, et ce bouillon, goûtez-le, c'est de la sciure de bois. » Il y a dans sa chambre des odeurs de chat grillé, de pipi de chien. Cela sent tellement mauvais qu'elle regarde ses vêtements, se demandant si elle n'a pas gâté.

Même richesse d'interprétations, au sujet des troubles de la *sensibilité générale*. Elle a le corps cassé en deux. Elle n'a plus de poumons. Elle a le cerveau vide. On lui a mis du blanc d'Espagne sur les yeux. Elle se croit enceinte, elle sent remuer. Un autre jour tout est brisé dans son corps ; elle a des morceaux de verre plein la poitrine ; on lui a mis un phoque dans

©BIUM

le corps, un autre jour des chiens crevés ; cela lui fait venir de grosses bosses au ventre. On lui a fait avaler des araignées de mer qui la piquent à la gorge (la malade avait une amygdalite à ce moment). Elle sent des bêtes lui courir dans le dos. C'est la dame du roi de Siam (elle désigne ainsi une infirmière très brune de teint) qui fait tomber ces bêtes par les fentes du plafond ; elle ne les voit pas, mais elle devine qu'elles montent doucement sur son lit, grimpent le long de son épine dorsale, pénètrent dans son ventre, entrent dans sa bouche. Pendant toute une semaine, en proie à un effroi extrême, elle court jour et nuit dans sa chambre, pousse des cris perçants, se cache dans son lit, derrière les chaises. Plus tard (5 juillet 1900), elle se dit raide comme un morceau de bois : impossible de s'asseoir, elle aurait des syncopes. Quant à marcher, elle ne peut, et de fait, à peine debout, elle fait des faux pas, titube, étend la main pour trouver un point d'appui ; c'est une vraie astasie-abasie. La veille, elle s'est laissée tomber raide, esquissant quelques mouvements désordonnés. On la relève, et elle dit : « Je suis épileptique, c'est terrible, je vais toujours tomber ainsi maintenant. Je serai paralysée. »

Dans le cours de l'année 1901, les mêmes idées de persécution persistent. La malade se plaint qu'on lui donne du chien et du cheval à manger ; elle dit avoir le cerveau un peu troublé, mais ne se rend pas compte du milieu où elle se trouve, ni du temps qui s'est écoulé depuis son placement. Elle rit et pleure sans motif apparent. Parfois elle parle seule et semble avoir quelques hallucinations auditives.

Actuellement (février 1902), l'intelligence, la mémoire, les sentiments affectifs paraissent affaiblis ; les idées délirantes ont perdu de leur activité, ou du moins les réactions sont très atténuées. La malade croit toujours qu'on la vole, qu'on veut la faire mourir ; elle parle de ces faits en souriant ; elle s'imagine que ses sœurs sont au premier étage et lui envoient de la poussière. Son attitude est puérile ; elle joue sans cesse avec ses vêtements ; elle est triste, dit-elle, parce qu'on lui fait de la peine ; elle emploie souvent le mot « petit » ; elle rit parfois sans cesse et sans pouvoir s'en empêcher. Elle ne demande pas sa sortie. Les pupilles sont égales, rondes ; le réflexe lumineux est affaibli. Le fond de l'œil est normal.

Ce sont encore des interprétations qui ont présidé à l'éclosion et à l'évolution du délire de notre seconde malade. Il n'existe pas davantage d'hallucinations, mais seulement quelques illusions qui sont devenues la source de nouvelles idées délirantes. Les bruits les plus habituels, le passage des voitures dans la rue, la vue des

©BIUM

maisons voisines ont pour elle une signification : son mari lui demande de la ficelle, c'est pour l'engager à se pendre; il lui propose une promenade sur les quais, c'est pour lui donner l'idée de se noyer. On déchire des papiers, cela veut dire qu'on brise les membres de son enfant. Des illusions de personnalité à propos de son mari et de son fils sont bien dues à des interprétations, comme le prouve son expression : « C'est leur corps, ce n'est pas leur âme. » Des souvenirs anciens sont aussi interprétés : elle a été chloroformée il y a six ans pour une ovariotomie, elle croit aujourd'hui qu'on l'a envoyée en enfer à ce moment. Cette malade a présenté trois accès identiques, avec guérison complète dans l'intervalle. Ces psychoses aiguës à base d'interprétations délirantes semblent donc appartenir à la folie périodique des dégénérés.

Obs. II. — Mme L..., Marie, âgée de trente-sept ans, est une femme vigoureuse, intelligente, sans antécédents vésaniques. Mariée à vingt ans, elle eut deux enfants. Veuve à vingt-quatre ans, elle se remarie à vingt-neuf ans, et n'a pas d'enfants du second lit. A trente-deux ans, elle est opérée par Péan qui lui enlève l'utérus et les annexes. A la suite de cette intervention, son caractère ne se modifie pas, mais elle prend de l'embonpoint.

L'examen somatique ne révèle que de la mydriase, avec légère inégalité pupillaire au profit du côté gauche. La maladie a débuté en novembre 1897, sans cause appréciable, sans dépression prémonitoire. La mémoire est parfaitement conservée ; la malade parle facilement, et nous conte avec force détails ce *premier accès* (novembre 1897 à juin 1898), dont le souvenir joue d'ailleurs un grand rôle dans son délire actuel.

Brusquement, Mme L.... remarque que tout se transforme à côté d'elle; elle entend des bruits bizarres; son mari, son enfant ne lui témoignent plus la même affection. Son mari, pour se débarrasser d'elle, lui fait boire dans une coque d'œuf un vin qui lui brûle l'estomac. Son beau-père lui refuse même un verre d'eau. Enfin on la conduit à l'asile de Clermont-Ferrand, qui n'est en réalité qu'une « maison d'Inquisition ». Il y a, dit-elle, derrière les murs des malheureux à qui on arrache les chairs, dont on broie les os, que l'on écrase sous un pilon, et qui souffrent depuis des siècles; ils brûlent dans les cheminées; elle entend les coups de marteau. On la fait marcher sur une terre rougeâtre, une terre de sang; on lui donne à manger des pommes de terre rouges qui ont poussé dans le sang. Elle

©BIUM

voit les couleurs changer à chaque instant, les christs respirer. Son enfant est derrière ces murs, il appelle : maman ! maman ! Quand la religieuse joue de l'harmonium, elle entend crier maman ! une corde doit réunir son enfant à l'instrument. Ses parents sont venus la voir et on les a reconduits à pied de Clermont à Paris en les frappant avec des barres de fer rouges. Les religieuses l'accusent de toute sorte de crimes et la martyrisent. « Après huit mois de souffrance, ajoute la malade, je sortis guérie, croyant avoir fait un cauchemar atroce, je revins chez moi et je conservai cette illusion jusqu'à ces jours derniers. Je vois aujourd'hui que tous ces faits de Clermont sont bien exacts ; c'est depuis mon départ de là-bas que je vivais dans un rêve. » Et la voilà qui se répand en gémissements pour narrer son délire actuel.

Le *deuxième accès*, qui l'a conduite à la maison de Ville-Evrard le 7 mai 1900, a débuté trois semaines avant son entrée, vers le milieu d'avril. Son mari affirme qu'elle n'a présenté aucun indice pouvant faire craindre cette récidive. Quant à la malade, depuis une quinzaine de jours elle se sentait abattue. Puis elle voit surgir autour d'elle des choses étonnantes. Tout change de couleur : ses meubles, sa vaisselle se modifient à chaque instant. Un matin, à son réveil, elle est douloureusement surprise à la vue des petites maisons de Clermont placées à côté de la sienne. Dans sa rue il se fait des changements extraordinaires : Paris est bouleversé ; les tombeaux se sont ouverts, les arbres semblent avoir reçu une pluie de soufre ; tout sent le soufre chez elle. Elle ne reconnaît plus son mari ni son enfant. M. L... devient arrogant, elle ne lui avait jamais connu ces airs d'autorité qui en imposent. Assez rapidement elle en arrive à prétendre que ce n'est pas son mari : c'est un grand personnage du ciel, il fait partie de la Sainte-Trinité, et veut se débarrasser d'elle. Un jour il lui présente une ficelle, c'est pour lui dire de se pendre ; il lui propose de se promener sur les quais, c'est pour l'engager à se noyer. Quant à son enfant, ce n'est pas davantage le sien : son fils avait les yeux verts, celui-ci les a marron. Il lui parle en phrases stupéfiantes. Ainsi un jour qu'elle lui recommandait de bien étudier, il a répondu froidement : « Madame, je n'ai jamais eu de maître ». Cet enfant-là, c'est Jésus sorti du paradis, ce n'est pas son petit Henri. De ce dernier qu'en a-t-on fait ? voilà bien longtemps qu'on cherche à le lui enlever ; elle se souvient qu'un jour il a fait un faux pas au bord d'un ruisseau, on cherchait déjà à le jeter dans l'eau. Et maintenant il souffre mille tortures, le malheureux : toujours ces affreux supplices de Clermont. Elle imagine chaque jour de nouveaux tourments : aujourd'hui son fils est changé en corbeau, le lendemain on le

©BIUM

fait bouillir dans la chaudière, on l'écrase sous sa baignoire, elle l'entend crier dans la cheminée où on le brûle. On va lui faire entrer les os les uns dans les autres, puis le frapper de fer rouge, et malgré cela il ne mourra pas, son supplice est éternel. Un fait quelconque est pour elle un nouveau sujet d'angoisse : on enlève une pendule, elle éclate en sanglots, disant qu'on emporte son enfant; un thermomètre se brise, elle crie qu'on casse les membres de son enfant; aux bains, ce sont des cris effrayants chaque fois qu'on ouvre un robinet : on torture son petit Henri; un tableau de la salle représente un accident de bicyclette : elle ne peut le regarder sans pleurer, c'est son fils qu'on écrase. Déchire-t-on des papiers? nouvelles lamentations, on coupe son enfant en morceaux. Tous ces terribles malheurs, c'est elle qui en est cause.

Tous les siens sont damnés : son premier mari, ses enfants et elle brûleront en enfer. Chaque fois qu'elle parle, qu'elle écrit, un cataclysme se prépare. La guerre du Transvaal, les accidents de l'Exposition, à elle la faute! Les journaux sont remplis de ses méfaits. Tout le monde la regardait à Paris, ses crimes se lisent sur sa figure. Tous les siens l'implorent, lui crient pitié. Elle sait bien que sa mort ferait cesser leurs tortures : mais elle n'a pas le courage de se tuer, elle est une misérable; son fils va la maudire toute une éternité.

On va la châtier rudement aujourd'hui. D'abord, elle n'a plus rien, ni père, ni mari, ni enfant, ni fortune; puis on lui réserve des supplices horribles. Dès sa première nuit ici, elle a vu dans le couloir une procession d'hommes noirs avec un voile sur la tête, un va-et-vient continuel : ce sont les préparatifs. Des hommes la regardent drôlement, ce sont ceux qui la couperont en morceaux. Un chauffeur entre au pavillon, c'est le charbonnier qui la brûlera vive sur la place publique. Elle voit lire la sous-surveillante et lui demande si c'est la lecture de sa condamnation. L'examen à l'esthésiomètre lui fait croire que l'on prend les mesures des morceaux à trancher. Elle ne peut voir un couteau sans crier qu'il va servir à son supplice. Sa chambre est aux couleurs noir et rouge : il est facile de comprendre ce que cela veut dire. On baisse le store de sa fenêtre : c'est pour cacher les horreurs qu'on va lui faire subir. Une infirmière met une épingle à son corsage, cela signifie qu'on lui crèvera les yeux. On lui donne des pilules aujourd'hui blanches, demain noires, pourquoi cela? C'est un interne qui l'interroge, lui dit-on : elle sait très bien que non; elle a déjà vu cet individu à Clermont, habillé en prêtre; c'est le démon, il l'a inscrite sur son livre noir, tout est fini, elle est perdue. Un matin elle dit en pleurant que son cœur ne bat plus; elle ne pourra donc jamais mourir, elle va souffrir pendant l'éternité...

©BIUM

Ce délire s'accompagne de réactions anxieuses très vives : pleurs bruyants, cris d'angoisse; parfois véritable panophobie. La malade s'effraye du moindre bruit, éclate en sanglots, se répand en supplications. Son mari et ses fils viennent la voir, elle ne les reconnait pas, elle ne les a jamais vus. Elle ne signe jamais ses écrits ou ses lettres, ne sachant plus quel nom elle doit porter, car son mariage avec M. L... est illégal.

Pas de confusion mentale. La mémoire est intacte. La malade accepte très bien le séjour au lit, ne maigrit pas, et n'a pas souvent de l'insomnie. Au bout de trois semaines environ, l'anxiété ne se montre plus qu'à de rares intervalles, mais les idées délirantes persistent. Plus tard, enfin, M^me^ L., devient réticente, fait des réponses évasives, mais elle parle encore parfois avec ses compagnes de ses prétendus malheurs. Elle reçoit son mari et son fils avec un certain étonnement, avoue reconnaître leurs traits, mais se demande si leur âme n'a pas changé. A sa sortie, le 26 juillet 1900, elle est en apparence complètement guérie, et affirme en souriant avoir complètement abandonné ses préoccupations.

La malade entre pour la seconde fois dans le service le 24 novembre 1900; c'est son *troisième accès*. Elle manifeste les mêmes idées de culpabilité, les mêmes craintes au sujet de son enfant et d'elle-même que précédemment. Elle croit qu'on l'a conduite ici pour expier ses fautes, qu'on va la brûler. Elle pleure et gémit sans cesse, surtout pendant la nuit. Mêmes erreurs de personnalité à propos de son mari et de son fils. Elle observe les mouvements que l'on fait autour d'elle, les interprète aussitôt, et ces interprétations provoquent des paroxysmes anxieux. Elle est persuadée qu'on étouffe son enfant dans une armoire, qu'on le bat, qu'on le laisse mourir de faim, qu'on lui a coupé la langue. Lorsqu'elle entend un bruit quelconque, surtout les gémissements d'une voisine, elle court de ce côté en criant : « Mon enfant! »

Dès que l'on s'approche, elle pousse des cris d'effroi, résiste à tout ce qu'on lui demande. Si quelqu'un de son entourage dit un mot ou fait un geste, elle s'écrie : « Oh! ne faites pas une chose pareille, ayez pitié de mon enfant!» Elle écoute attentivement ce qui se dit autour d'elle, et l'interprète aussitôt dans le sens de son délire.

Il est difficile de savoir s'il existe de véritables hallucinations; peut-être a-t-elle entendu à diverses reprises la voix de son enfant, mais il faut remarquer que les paroxysmes d'anxiété ont généralement leur cause dans l'interprétation d'une sensation visuelle ou auditive. Par intervalles la malade garde un mutisme absolu, s'imaginant que chacune de ses paroles inflige à son enfant d'horribles tortures.

©BIUM

Peu à peu, son délire s'étend. Non seulement son fils, mais tous les enfants souffrent par sa faute. Elle entend les cris de douleur de tous ces petits êtres, que l'on martyrise, que l'on tue, puis que l'on ressuscite pour leur imposer de nouvelles souffrances. Elle a vu le cheval et la voiture qui conduisaient son enfant, ils se sont enfouis dans la terre.

Au mois d'avril 1901, l'état de la malade s'améliore. Elle mange facilement, dort, s'occupe. Les idées délirantes disparaissent peu à peu. Elle reconnaît alors que le moindre bruit correspondait dans son esprit à des gémissements de son enfant ; le soir, dit-elle, lorsqu'elle avait la tête sur l'oreiller, il lui semblait entendre la voix de son fils.

La malade sort, à peu près guérie, le 20 avril 1901.

Le syndrome de la psychose aiguë à base d'interprétations peut encore se greffer sur une psychose en voie d'évolution. Nous en avons observé, avec M. le Dr Mignot, un exemple au cours d'une mélancolie présénile. Un héréditaire, âgé de cinquante-sept ans, à la suite de revers de fortune, devient triste, maigrit, a des idées mélancoliques et de suicide. Six mois environ après le début des premiers accidents, brusquement, pendant un voyage en chemin de fer, survient une bouffée d'interprétations délirantes qui sont l'origine d'un délire de persécution mal systématisé. Pendant deux mois point d'incident qui n'ait pour lui un sens caché. Ses interprétations ont souvent un aspect très particulier : elles ressemblent à des jeux de mots. On lui envoie une feuille de *fougère* — c'est pour lui dire qu'il deviendra fou. Sa femme lui porte des cerises : « *Assez de guigne*, lui répond-il ; oh ! assez ! » On imite le chant du coq sous ses fenêtres pour lui rappeler son ennemi M. Lecoq. On place un dahlia dans une corbeille de fleurs : « *Dalle-y-a*, dit-il, je comprends ». Puis ces phénomènes s'amendent, les idées de persécution disparaissent ; le malade, redevenu gai, sort complètement guéri quatre mois après l'apparition des premières interprétations.

Obs. III. — P... (Jean), cinquante-sept ans, artiste lyrique, entre le 13 mai 1900, à la maison de santé de Ville-Evrard après plusieurs tentatives de suicide.

Un oncle paternel du malade a été interné à la suite d'une tentative d'assassinat commise sur un prêtre qu'il considérait

©BIUM

comme indigne. Une sœur, religieuse, est internée depuis dix ans.

P... a eu dans sa jeunesse la fièvre typhoïde; il est atteint d'un bégaiement accentué. Après des classes poussées jusqu'en rhétorique, il s'engage, et reste sept ans dans la musique de l'artillerie de marine. Puis il gagne sa vie comme baryton, chantant dans les théâtres et les églises. Beau garçon, il n'a pas eu de peine à commettre des excès sexuels. Il se lie ensuite avec une femme qui dirige une maison de couture, et abandonne le théâtre pour s'occuper de la comptabilité. Sa belle-fille se donne à lui à l'âge de dix-huit ans, et il vit ainsi pendant des années avec la fille et la mère; il épouse cette dernière en 1895.

En septembre 1899, il est obligé d'avouer à sa femme ses relations avec sa belle-fille. Accablé de reproches, P... manifeste des remords. Peu après les affaires ne marchent pas; il commence à devenir triste. Depuis janvier 1900, malgré la conservation de l'appétit, il maigrit énormément. Ses idées mélancoliques grandissent, et des idées de suicide viennent s'y ajouter. Le 17 avril, revenant de la campagne, il est très préoccupé par cette phrase d'un employé de la gare : « On descend ici pour Paris », puis par cette autre : « Allons! les troisièmes classes. » Il en oublie d'aider sa femme à monter dans le compartiment; celle-ci lui jette alors un « regard terrible », et le malade, persuadé que tout est fini entre eux, descend à la première station, court sur la route, se croit poursuivi par un cycliste, s'enfuit dans les champs, et se frappe de son canif. Rentré chez lui, il s'enfonce au niveau de l'appendice xyphoïde un couteau à découper. Croyant atteindre le cœur, il est stupéfait de ne rien éprouver, bien que le couteau ait pénétré de 15 centimètres.

Depuis ce jour, les interprétations se multiplient : à la campagne, les trains sont bien plus nombreux qu'autrefois, sifflent plus fort; c'est pour le narguer. A Paris, les marchands passent plusieurs fois devant sa maison, vendent des asperges : c'est une allusion à sa verge. Les voitures de charcutiers stationnent dans la rue pour lui faire comprendre qu'il est un cochon. La maison Singer envoie sa voiture pour lui annoncer soit qu'on lui piquera sa « machine », soit qu'on le piquera à la machine. Il voit dans la Lune la forme de testicules, ce qui signifie qu'on les lui coupera. On le surveille aux rayons X, on veut le faire arrêter, le supplicier. On va lui crever les yeux, lui arracher les ongles. On lui fait manger des excréments. C'est sa femme et sa belle-fille qui dirigent tout cela, en lui préparant diverses tortures. Il y a aussi parmi ses persécuteurs un M. Lecoq : la nuit, on imite le chant du coq sous ses fenêtres. Pour en finir, il tente un jour de se jeter par la fenêtre; une autre

©BIUM

fois, il se tire trois coups de revolver chargé à blanc; enfin, la veille de son entrée, il s'enfonce à diverses reprises dans la région précordiale l'épingle d'une broche de sa femme.

Pendant son séjour à la maison de santé, cet état persiste deux mois, malgré le repos au lit et les doses progressives d'opium. Le malade manifeste des idées de persécution et des idées mélancoliques avec paroxysmes anxieux, au cours desquelles il se frappe une fois très violemment la région temporale contre le lit. Il s'attend à être exécuté d'une minute à l'autre, se croit prévenu de viol sur sa belle-fille.

Son délire repose uniquement sur des interprétations et quelques illusions. Point d'hallucinations. Si un malade dit une injure, c'est à lui qu'elle est adressée. Un voisin de lit insulte sa femme : c'est de M^me^ P... qu'il s'agit. Un autre parle de donner un coup d'épée : c'est lui qui le recevra. « On m'a changé, dit-il, mon tabac et mes cigarettes pour d'autres qui ont un goût particulier. » « La nourriture qui m'est servie est faite dans un but que j'ignore. D'après ce que je vois se passer autour de moi, à l'instant même, je n'en ai que pour quelques instants, et l'Inquisition aura fini son œuvre. » Tous ici sont payés pour faire les fous, et lui infliger une torture morale. Voit-il un chien, un chat : ce sont des animaux qui vont lui dévorer les organes génitaux. Lui donne-t-on un lavement : cela signifie qu'il s'est livré à la pédérastie. Vide-t-on des cuvettes : cela veut dire qu'il prendra un bain de matières fécales.

Il demande une enquête au sujet d'accusations calomnieuses dont il est l'objet, « tant ici même de la part de tout le personnel que par la voie des journaux, et ce de façon indirecte ou détournée ». Il interprète tout ce qu'il lit dans les journaux. Ses interprétations sont souvent dues à des associations par assonance. S'il souffre d'un mal de dents, c'est encore une accusation de pédérastie qui signifie qu'il a « *mal dedans* ». — On lui envoie des cerises avec des feuilles de *fougère* pour lui montrer qu'il est fou. On a mis des dahlias dans une corbeille de fleurs : cela veut dire « *dalle-y-a* », il s'agit toujours de ses tortures. Il semble avoir des illusions de la vue : il voit des figures dans les objets éloignés : un chien dans une corbeille de fleurs, des visages dans les dessins de la tapisserie ; des testicules dans le globe d'un bec de gaz. Quand le veilleur pose sa lampe sur la table, on voit au plafond la forme d'un cercueil, d'une guillotine ou d'un grand couteau très effilé. « On lui fait voir ainsi, dit-il, des choses qui n'existent pas, pour le tourmenter. »

Toutes ces persécutions sont dirigées par des personnes puissantes qui veulent intéresser le public au sort de sa femme et de sa belle-fille. Il se considère comme coupable, mais il ne

©BIUM

croyait pas mériter un tel supplice, dont le plus cruel est de voir sa femme, qu'il aime tant, parmi ses ennemis. Dans les lettres qu'il écrit à cette dernière, les interprétations abondent; des idées de jalousie s'y montrent parfois. Il croit que Mme P..., ne l'aime plus : « elle veut divorcer, elle le laissera ici éternellement; elle empêche sa fille de venir le voir ». Il réclame sa sortie à tout prix, devrait-il monter sur l'échafaud.

« Crois-tu, écrit-il à sa femme, que je ne saisis pas le sens de ce que tu fais? Ce pantalon toutes les semaines, cette surabondance de cerises de diverses formes et qualités : assez de *guignes*, oh! combien assez! Et ces pastilles, j'ai traduit le nom et le mot; tu tiens à ce que je n'aie aucun doute sur ce qui pouvait m'arriver de pire. J'ai bien regretté de ne pas avoir ouvert cette alliance qui me paraissait bien neuve. Etant mis hors la loi, il se pourrait bien que tu sois remariée. Ce mouchoir, que tu as tant tenu, que je garde, peut très bien porter les initiales P..., et celles, nominales, d'un autre, et le morceau de gigot, et l'almanach, la couverture, contenant et contenu, m'ont bien prouvé encore une fois que votre campagne datait de loin; et les plumes, enfin tout, je sais que tu n'es pas seule à travailler à cela. »

Au mois de juillet son attitude change, les interprétations disparaissent; il devient gai, chante parfois, mais continue à manifester une certaine animosité envers sa femme qu'il accuse d'avoir présenté un faux certificat, de l'avoir fait interner arbitrairement. L'insomnie cesse.

Le 11 août, il retombe dans ses idées mélancoliques, se croit de nouveau persécuté, accuse l'interne de le tourmenter pour le rendre fou, et recommence à interpréter : « il gagne toujours au billard, on le fait exprès pour le tourner en dérision ». Le lendemain, il est redevenu gai.

Le 20 août, il sort complètement guéri. Il a gardé le souvenir de tout ce qui s'est passé durant sa maladie, affirme n'avoir jamais eu d'hallucinations, mais il cherchait, dit-il, l'explication de tout ce qui se passait autour de lui.

Les deux caractères essentiels de ces psychoses aiguës à base d'interprétations délirantes sont donc : 1° *La rareté des troubles sensoriels.* Le malade n'entend pas de voix, il n'a point de visions, ou bien il ne s'agit que d'hallucinations élémentaires. Les illusions de la vue sont cependant assez fréquentes, mais elles appartiennent à cette catégorie d'illusions que James Sully désigne sous le nom d'illusions d'interprétation. Sous l'influence d'une idée préconçue, de l'état continuel d'attente du sujet, à

©BIUM

l'objet de l'impression se substitue une image mentale ne présentant souvent qu'une lointaine ressemblance avec cet objet.

2° *La richesse des interprétations délirantes.* Cette multiplicité d'interprétations donne à un examen superficiel une apparence de désorientation, de confusion ; le malade semble vivre dans un monde imaginaire. En réalité, il reconnaît en général parfaitement les objets, mais il leur attribue une valeur symbolique ; il détourne de leur vraie signification les moindres mots, des gestes insignifiants, les plus minimes incidents.

Malgré leur polymorphisme apparent, ces interprétations sont sous la dépendance d'une émotion qui leur imprime un cachet uniforme. Mais nos observations prouvent que cet état dépressif n'appartient pas uniquement à la mélancolie. Dans un cas, il s'agit de démence secondaire chez une débile, peut-être de démence paranoïde; dans l'autre, de folie périodique des dégénérés ; le troisième seul peut être considéré comme une mélancolie présénile. C'est dire que ce syndrome de la psychose aiguë à base d'interprétations, non seulement ne constitue pas une entité, mais encore n'est pathognomonique d'aucune maladie, n'a pas en lui-même de valeur pronostique. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit là d'un tableau symptomatique très caractéristique qui présente un intérêt réel au point de vue clinique.

Nous avons rapidement esquissé le syndrome de la psychose aiguë à base d'interprétations. Les interprétations jouent également un rôle important dans les psychoses chroniques et entre autres dans la folie des persécutés-persécuteurs ; mais elles nous paraissent, du moins dans les formes les plus typiques, devoir céder la première place aux idées obsédantes. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

III. — Notre troisième catégorie comprend les formes caractérisées par l'existence d'un délire systématisé chronique, le plus souvent de persécutions ou de grandeurs, ne reposant que sur des interprétations ; les troubles sensoriels font défaut ou n'ont qu'un rôle insignifiant. Nous considérons, avec Kræpelin, cette dernière forme comme une espèce clinique distincte. Disons

©BIUM

de suite qu'elle doit surtout être différenciée des délires de persécution classiques à base d'hallucinations et de la folie des persécutés-persécuteurs. Ici, qu'on nous permette deux mots d'historique.

En 1852, Lasègue, le premier, a reconnu que certains délires de persécution sont constitués exclusivement par des interprétations erronées de propos et de bruits véritables. « Jusque-là, dit-il à propos de la période d'incubation, le malheureux persécuté s'est maintenu dans la limite des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes ; un certain nombre de malades ne va pas au delà. Ce qu'il a entendu, il a pu, il a dû l'entendre, et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie... L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée, ni l'antécédent nécessaire du délire de persécution. » Cette remarque si importante de Lasègue ne semble pas avoir suffisamment attiré l'attention des cliniciens.

Cependant, à la suite des travaux de Lasègue, de Falret, de Magnan, Taguet, Pottier, Hitzig, on a détaché du délire des persécutions un certain nombre de cas très distincts par leur symptomatologie et leur évolution : les persécutés-persécuteurs. Ces malades ne deviennent hallucinés à aucune époque de leur existence ; seules des idées obsédantes et des interprétations erronées sont le fondement de leur délire. A ce titre la folie des persécutés-persécuteurs pourrait peut-être rentrer dans la psychose chronique à base d'interprétations délirantes, et Kræpelin la range en effet dans sa *Folie systématisée* (*Verrücktheit*, *Paranoia*) à côté de la psychose précédente. Pour nous, au contraire, les persécutés-persécuteurs — si on prend soin d'éliminer de ce groupe les sujets atteints de psychose chronique à base d'interprétations, dont parfois les réactions sont celles des véritables persécuteurs — les persécutés-persécuteurs, disons-nous, doivent rentrer dans la catégorie des obsédés, et par suite dans le groupe des héréditaires dégénérés. Ils ont, en effet, comme l'a bien montré M. Magnan, l'activité infatigable des maniaques raisonnants, souvent les lacunes morales des fous moraux ; mais ce qui les caractérise avant tout, c'est qu'ils restent

©BIUM

obsédés, toute leur vie durant, par le ressentiment des prétendues injustices dont ils affirment avoir été victimes. Il ne s'agit chez eux ni d'un état passionnel, ni de conceptions « délirantes » à proprement parler, telles que nous les trouvons chez les autres aliénés, mais bien d'une véritable idée obsédante, dominant toute l'existence du malade, et pour la satisfaction de laquelle il sacrifiera fortune, famille et liberté.

Ce groupe clinique très spécial a été trop bien étudié pour qu'il soit utile d'insister. A cette *psychose à base d'idées obsédantes*, il convient d'opposer une espèce clinique distincte, parfois confondue avec elle ou encore avec les délires systématisés hallucinatoires : nous voulons parler de la *psychose systématisée à base d'interprétations délirantes*. Nous chercherons à en établir l'homogénéité et l'autonomie.

M. Magnan et ses élèves ont observé des états délirants de ce genre dans la folie des dégénérés. M. Legrain, dans sa thèse (1886), parle de certains délires des dégénérés à longue évolution, sans hallucinations véritables, et qui, dit-il, peuvent être assimilés, toute proportion gardée, au délire chronique. Il signale l'absence fréquente d'hallucinations dans le délire des dégénérés : « On voit, en effet, des délires évoluer chroniquement pendant de longues années sans présenter de véritables hallucinations ; l'illusion, sans contraire, est beaucoup plus fréquente. Lorsque l'hallucination existe... elle est la conséquence même du délire qui la provoque. »

M. Saury fait également allusion à des faits de ce genre dont il donne une observation.

En 1890 (1), l'un de nous insiste sur la valeur particulière de ces délires chroniques à base d'interprétations délirantes et demande qu'on les distingue plus complètement des autres formes délirantes de la dégénérescence mentale : « Peut-être y aurait-il lieu, disait-il, de faire parmi les délires systématisés des héréditaires une place spéciale à ces formes cliniques non hallucinatoires

(1) P. Sérieux. Du délire chronique à évolution systématique. *Congr. intern. de médecine de Berlin*, 1890. — Le délire chronique à évolution systématique et les psychoses des dégénérés. *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, déc. 1890, mars 1891.

©BIUM

(nous ne voulons pas faire ici allusion à la folie des persécutés-persécuteurs). Qu'il s'agisse d'idées systématisées de persécution ou d'idées ambitieuses, la chose importe peu ; ces psychoses, qui sont l'apanage des seuls dégénérés, ont d'autres éléments caractéristiques : leur marche est chronique, mais sans évolution progressive ; elles reposent exclusivement sur un vaste échafaudage d'illusions, et surtout, croyons-nous, d'interprétations délirantes multiples qui suffisent, sans l'intervention d'hallucinations, à l'édification d'un roman délirant bien charpenté. Ces psychoses non hallucinatoires se montrent souvent d'une façon précoce dès l'enfance et peuvent persister toute la vie durant sans modifications. Ajoutons cependant que dans certains cas des hallucinations peuvent apparaître ; ces troubles sensoriels, dont le rôle est toujours accessoire, ne laissent pas cependant que de rendre parfois le diagnostic incertain, jusqu'à ce qu'un examen plus complet ait montré, comme substratum constant et suffisant de ces psychoses, des interprétations délirantes. »

Dans le but de mieux préciser sa pensée M. P. Sérieux proposait, au Congrès de Berlin (1890), de classer ainsi les diverses psychoses des dégénérés qui devaient être distinguées du délire chronique de persécution à base d'hallucinations :

« *a*) Psychose des persécutés-persécuteurs. Dans cette forme, il n'y a ni évolution, ni hallucinations.

b) Délire de persécution systématisé hallucinatoire, souvent polymorphe, de courte ou quelquefois de longue durée, sans tendance évolutive.

c) *Délire de persécution systématisé non hallucinatoire, à base d'interprétations délirantes.*

d) Mégalomanie avec ou *sans hallucinations*. »

La même année (1890), M. Séglas, dans une leçon sur le diagnostic des délires de persécution, établit plusieurs variétés de cette psychose. A côté des délires hallucinatoires il décrit deux sortes de délires à base d'interprétations délirantes :

1° Le délire des persécutés-persécuteurs. « Ici, dit M. Séglas, plus d'hallucinations, pas de délire formulé, mais seulement des interprétations délirantes ; pas de modifications successives dans la couleur des idées, mais

©BIUM

seulement une extension de plus en plus grande du délire... C'est un délire de revendication plutôt qu'un délire de persécution. »

« 2° Le délire de persécution à interprétations délirantes simples. Les malades sont des persécutés et non plus des persécuteurs, mais le délire se systématise en restant toujours identique à lui-même, sans parcourir les étapes des deux premières variétés, et ne repose absolument que sur des interprétations délirantes sans adjonction d'hallucinations. »

M. Séglas (1) indique, on le voit, en termes très précis, les caractères différentiels des deux formes de psychoses, à base d'interprétations. Mais, comme nous le verrons ultérieurement, les malades de la seconde variété peuvent parfois emprunter les réactions des persécutés-persécuteurs.

M. Magnan, dans ses *Leçons cliniques* de 1891, donne quelques observations qui paraissent devoir être classées dans la psychose à base d'interprétations (2).

En 1892, MM. Magnan et P. Sérieux (3) reviennent sur cette question. Ils montrent que, chez certains dégénérés, atteints de délires systématisés, « dans nombre de cas, les hallucinations, peu nombreuses, ne sont qu'un élément surajouté ; dans d'autres, l'examen le plus attentif ne peut en déceler. Le délire, dans ces formes cliniques non hallucinatoires, est purement intellectuel ; qu'il s'agisse d'idées systématisées de persécution ou d'idées ambitieuses, la chose importe peu ; ces psychoses non hallucinatoires ont d'autres éléments caractéristiques que la couleur du délire. Elles peuvent éclater dès l'enfance, à l'âge de huit ou dix ans (*originäre Verrücktheit* des Allemands), dénonçant ainsi d'une manière indéniable la dégénérescence héréditaire. Les idées délirantes plongeant leurs racines dans un passé aussi lointain sont solidement implantées ; elles s'imposent inviciblement à l'esprit du malade et peuvent

(1) Séglas. Diagnostic des délires de persécution systématisés. *Semaine médicale*, 1890, n° 50.

(2) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, recueillies par les Drs Journiac et P. Sérieux. Paris, 1891.

(3) Magnan et P. Sérieux. *Le délire chronique à évolution systématique*. Encyclopédie Léauté, Masson, 1892.

©BIUM

persister durant toute l'existence, sans aucune transformation, ce qui les sépare entièrement du délire chronique à évolution systématique. »

Dans ses *Leçons cliniques* de 1896 sur les délires systématisés dans les diverses psychoses (1), M. Magnan distingue chez les dégénérés deux sortes de délires systématisés : un délire intellectuel et un délire psychosensoriel. La présence ou l'absence d'hallucinations n'est cependant, pour notre savant Maître, qu'un symptôme d'importance secondaire; les indications tirées de la genèse et de l'évolution de ces formes cliniques interdisent d'en faire deux espèces différentes. Les seuls caractères dont il faut tenir compte sont la brusquerie d'apparition de l'idée délirante, et sa fixité. « Cette idée systématisée dès l'abord, dit M. Magnan, reste toujours identique à elle-même ; sans doute elle s'impose de jour en jour avec plus de force, à mesure que de quotidiennes illusions, que de continuelles interprétations délirantes semblent la confirmer, mais jamais elle n'évolue, jamais elle ne se transforme : elle est aujourd'hui ce qu'elle a été à son origine. »

Les quelques citations qui précèdent sont, croyons-nous, les premières ébauches de la psychose chronique à base d'interprétations que nous trouvions dans les auteurs français

L'influence des interprétations délirantes dans l'éclosion et la marche des psychoses, n'a pas échappé aux aliénistes allemands ; mais, sauf Kræpelin, ils ne paraissent pas, en général, avoir attaché une importance spéciale à la présence exclusive de ce symptôme. Sous le nom d'*originäre Verrücktheit* on décrit depuis Sander (1868) un délire systématisé à début précoce, où prédominent les interprétations. Cependant le caractère non hallucinatoire de cette psychose semble assez secondaire à la plupart des auteurs allemands.

Schüle et v. Krafft-Ebing, tout en étudiant avec soin les interprétations délirantes et les délires qui leur sont dus, n'attribuent pas, semble-t-il, une signification spéciale à la prédominance exclusive de ce symptôme,

(1) Magnan. Leçons recueillies par le Dr Pécharman. 6e *leçon*, p. 106.

sauf peut-être en ce qui concerne la paranoïa originaire. Schüle admet que le délire originel, dépressif ou expansif, est le plus souvent d'origine intellectuelle, les troubles sensoriels ne survenant que secondairement.

Pour v. Krafft-Ebing (1) il y a des cas, très rares d'ailleurs où, à l'acmé de la maladie, la formation de l'idée délirante est essentiellement primordiale et idéative (*paranoïa combinatoria*).

Kræpelin, dans la troisième édition de son Traité de Psychiatrie (1889), décrit la paranoïa qui comprend : A. les formes dépressives ; B. les formes expansives. Parmi les formes dépressives, il classe le délire de persécution hallucinatoire, une forme spéciale de délire de persécution dite « *phantastische* » (avec intervention active de l'imagination dans l'élaboration des conceptions délirantes), la folie hypocondriaque, le *délire de persécution à base d'interprétations* (*combinatorische Verfolgungswahn*), la folie des quérulants. Les formes expansives comprennent : le délire ambitieux hallucinatoire et le *délire ambitieux à base d'interprétations*.

Dans la sixième édition de sa *Psychiatrie* (1899), Kræpelin a complètement remanié sa classification des maladies mentales. En particulier, sa conception des folies systématisées s'est profondément modifiée : il accorde à l'évolution des divers délires systématisés et à la présence ou à l'absence des troubles sensoriels, une importance capitale. Il réserve le nom de folie systématisée (*Verrücktheit*, *Paranoïa*) aux seules psychoses à base d'interprétations délirantes, éliminant ainsi la plus grande partie des délires systématisés, c'est-à-dire les formes hallucinatoires qu'il rattache à une des formes de la démence précoce, la forme paranoïde (*phantastische Verrücktheit*), en raison de l'affaiblissement intellectuel par lequel ces psychoses se terminent, après un laps de temps variable (2).

La *folie systématisée* (*Verrücktheit*) de Kræpelin est caractérisée par le développement très lent d'un système

(1) v. Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, 5e édition. Traduction Laurent.

(2) V. P. Sérieux. La nouvelle classification des maladies mentales de Kræpelin. *Revue de psychiatrie*, avril 1900.

©BIUM

délirant durable, inébranlable, avec conservation de la lucidité et de l'ordre dans la vie intellectuelle. La période d'incubation est habituellement très longue, et se caractérise par des modifications de l'humeur, de la défiance, un état de malaise physique, des préoccupations hypocondriaques ; le malade s'isole peu à peu des siens, ébauche quelques rêves ambitieux. Puis arrivent les interprétations délirantes, qui constituent le symptôme prédominant, les idées de persécution et de grandeur. En général, les hallucinations sont très rares. Dans quelques cas exceptionnels seulement, les malades présentent des troubles sensoriels assez actifs pendant un certain laps de temps ; habituellement, ce n'est qu'une hallucination auditive épisodique, le plus souvent un seul mot ou une courte phrase ; parfois il existe des visions nocturnes. Les pseudo-souvenirs jouent un rôle assez important, et contribuent à la création d'un délire rétrospectif. La conviction du malade est absolument inébranlable. L'humeur est en rapport avec les conceptions délirantes. Les actes peuvent être longtemps corrects, ou ne sont qualifiés que d'originalité. Plus tard, des actes extravagants ou dangereux provoquent l'internement. La marche de l'affection est très lente ; l'intelligence reste intacte jusqu'à un âge avancé. Il n'y a pas de troubles somatiques. Cette maladie n'est pas fréquente : 1 p. 100 des admissions. Les hommes sont frappés plus que les femmes. L'hérédité psychopathique joue un rôle important. La maladie débute habituellement de vingt-cinq à quarante ans. Kræpelin pense que la paranoïa originaire de Sander doit rentrer dans la folie systématisée telle qu'elle vient d'être décrite ; il ne croit pas à la précocité du début de la psychose ainsi que l'admet Sander : pour lui, le début ne remonterait jamais, malgré les apparences, avant la période comprise entre vingt et vingt-cinq ans.

Sans admettre, avec Kræpelin, que les délires systématisés hallucinatoires doivent être tous annexés à la démence précoce, dont ils constitueraient une forme spéciale dite paranoïde, il nous semble cependant conforme à la vérité clinique de séparer ces délires systématisés à base d'hallucinations, qui se terminent en général, après une durée plus ou moins longue, par

l'affaiblissement intellectuel, de la psychose chronique à base d'interprétations délirantes. Celle-ci en effet se présente avec deux caractères essentiels tirés l'un de son aspect clinique, l'autre de son évolution.

Au point de vue *symptomatique*, c'est d'un côté la richesse des interprétations, de l'autre la rareté des hallucinations. C'est là un fait sur lequel il importe d'insister, car jusqu'ici on l'avait laissé quelque peu dans l'ombre. La psychose chronique à base d'interprétations se développe uniquement grâce aux interprétations erronées de perceptions réelles ; les hallucinations peuvent manquer, et dans tous les cas elles ne sont jamais qu'épisodiques, n'apportent au délire aucun élément nouveau. Seules par conséquent les interprétations suffisent à l'élaboration de la vésanie.

L'*évolution* de la folie systématisée n'est pas moins importante à étudier. Après une longue période d'incubation le délire arrive à une systématisation définitive et se développe, par l'adjonction d'interprétations nouvelles. Sa marche est très lentement progressive ; les idées se suivent logiquement.

L'affaiblissement intellectuel, très tardif, ne doit pas être considéré, croyons-nous, comme la période terminale du délire, mais plutôt comme une conséquence de la sénilité chez un prédisposé.

Quand on examine le malade, on se trouve en présence d'un sujet dont souvent les allures paraissent à première vue normales ; la lucidité est parfaite. « Grâce à sa mémoire, souvent très exercée, à sa dialectique toujours en éveil, il peut défendre sa conviction délirante avec les apparences de la raison ; il accumule preuves sur preuves, il a pour chaque objection une réponse toujours prête, et dans la discussion il cite des dates avec une précision étonnante, pose des dilemmes, s'empare du fait le plus insignifiant et sait l'adapter adroitement aux besoins de sa cause. Lui résiste-t-on plus ouvertement, essaye-t-on de lui faire toucher du doigt ses erreurs, il a le sourire ironique de quelqu'un dont la conviction, assise sur des faits incontestables, est et demeure inébranlable (1). » Parfois

(1) Magnan et P. Sérieux. *Le délire chronique à évolution systématique*. Encyclop. Léauté, p. 147, 1892.

©BIUM

il arrive, ainsi que nous l'avons montré il y a longtemps, que « ces dégénérés à délire systématique ambitieux ou de persécution empruntent aux persécutés-persécuteurs leur mode de réaction ; avec une ténacité, avec un acharnement caractéristiques, ils poursuivent ceux que leurs interprétations délirantes, leurs illusions leur désignent comme des ennemis, et se transforment ainsi en véritables persécuteurs.

Si, avec cette absence d'hallucinations, on constate les modes particuliers de réaction des persécutés-persécuteurs proprement dits, il peut arriver, comme nous le verrons plus loin, que l'on confonde les malades que nous étudions avec les persécuteurs obsédés dont il vient d'être question.

Nos observations de psychose systématisée à base d'interprétations nous ont présenté des exemples de délires de persécution ou de grandeur, ou de délire mixte de grandeur et de persécution.

Nous ne croyons pas devoir insister sur la couleur du délire (non plus que sur la nature des réactions), parce qu'à nos yeux ces symptômes n'ont pas l'importance que trop souvent on leur accorde. On peut rencontrer dans la psychose à base d'interprétations délirantes les délires systématisés et les réactions les plus variés ; les interprétations et les actes qu'elles provoquent peuvent, en effet, suivant les prédispositions, le caractère, l'éducation du sujet, s'orienter sur tel ou tel ordre d'idées et de réactions.

On observe assez souvent un délire rétrospectif. Nous donnerons plus loin un exemple montrant que les interprétations délirantes portent parfois sur des souvenirs anciens, ou sur des pseudo-souvenirs. Le malade ne se contente pas d'interpréter les faits actuels, il interroge son passé, et le réveil des images de son enfance devient la source de conceptions généralement ambitieuses. Ainsi prend naissance un délire rétrospectif à base d'interprétations délirantes, qui en impose pour une paranoïa originaire.

Par suite de ces pseudo-souvenirs et de cette tendance assez caractéristique des malades à adapter le passé à leur délire, il n'y a guère d'affection dont il soit plus difficile de préciser le début. Aussi ne donnons-nous

qu'avec réserve les chiffres suivants qui indiquent la fréquence du début de la maladie, aux différentes périodes de la vie chez 11 malades.

De 20 à 25 ans	3	cas.
25 à 30 ans	0	—
30 à 35 ans	1	—
35 à 40 ans	6	—
40 à 45 ans	1	—

Pour ce qui est de la fréquence de la maladie par rapport au nombre des admissions, nous arrivons au chiffre de 1 p. 90, qui se rapproche sensiblement du chiffre de 1 p. 100 adopté par Kræpelin.

Les chiffres qui précèdent nous amènent à considérer, suivant l'âge de début, deux formes de la psychose à base d'interprétations ; la *forme à début précoce*, et la *forme tardive*.

Quelle que soit d'ailleurs la variété observée, qu'il s'agisse d'une véritable paranoïa originaire, ou d'une paranoïa tardive, les caractères sont identiques : éclosion sur un terrain de dégénérescence mentale ; absence de troubles sensoriels (ou bien hallucinations épisodiques) ; multiplicité des interprétations, substratum du délire ; systématisation et fixité des conceptions délirantes. Le dernier terme de délire fixe ne signifie point psychose stéréotypée, mais seulement maladie à longue évolution, sans transformation ni désagrégation. Une succession logique d'interprétations ingénieuses conduit lentement et progressivement le malade d'abord du pressentiment à la certitude de son origine illustre, par exemple, ou de sa haute mission, puis aux idées de persécution, ou inversement. Tout le système est bien dominé par une interprétation délirante initiale, mais l'édifice ne surgit pas d'emblée, tout d'une pièce, du cerveau ; il s'élève graduellement, chaque interprétation lui apportant une nouvelle pierre ; une fois achevé, de fréquentes interprétations le consolident encore et le maintiennent ainsi sans modifications. Cet enchaînement, cette organisation des interprétations délirantes est un symptôme digne d'être mis en relief. Son importance est d'autant plus grande qu'il a une valeur pronostique considérable. Toute psychose qui arrive à une

©BIUM

systématisation parfaite sans intervention d'hallucinations et grâce aux seules interprétations peut être considérée comme incurable ; de tels malades réalisant le type des chroniques qui conservent pour ainsi dire indéfiniment leur délire sans évolution systématique et sans démence terminale.

La psychose systématisée à base d'interprétations est facile à distinguer du délire de persécutions classique, du délire chronique à évolution systématique, de la démence paranoïde. Dans ces dernières formes les troubles sensoriels ont un rôle des plus actifs, le délire affecte une évolution plus ou moins régulière et se termine, parfois assez rapidement, par l'affaiblissement intellectuel. Il peut cependant arriver qu'on rencontre certaines difficultés, soit qu'on ait affaire à un persécuté halluciné réticent, qui dissimule ses troubles sensoriels, soit, au contraire, qu'il s'agisse d'une psychose à base d'interprétations que sont venues compliquer, successivement et passagèrement, quelques hallucinations.

Pour la folie des persécutés-persécuteurs, le diagnostic peut, dans certains cas, rester en suspens pendant quelque temps, surtout quand les sujets atteints de psychose à base d'interprétations s'approprient les réactions particulières des persécuteurs ou dissimulent la majeure partie de leur délire. Ce caractère spécial, joint à l'absence d'hallucinations, pourrait entraîner la confusion, si bien que nous pourrions citer telle observation considérée tantôt comme un délire de persécuté-persécuteur, tantôt comme une paranoïa originaire. Cependant, on arrivera le plus souvent, grâce à l'existence de conceptions manifestement délirantes et à la richesse des interprétations, à distinguer ces derniers malades des persécutés-persécuteurs proprement dits dont la psychose repose essentiellement sur des idées obsédantes.

Il n'est guère utile d'insister sur le diagnostic avec les psychoses aiguës à base d'interprétations et avec la psychose hallucinatoire aiguë.

Nous illustrerons cet exposé théorique de deux observations qui, prises entre plusieurs autres, sont des exemples de ces psychoses systématisées non hallucinatoires, et montrent le rôle primordial des interprétations délirantes.

Le délire de l'obs. IV repose tout entier non sur des hallucinations, mais sur des faits mal interprétés par l'imagination maladive d'une jeune prédisposée (1). Dès la jeunesse, s'est montré, chez cette femme, une psychose ambitieuse systématisée, fixe et unique, avec délire rétrospectif. A l'âge de cinq ans, raconte-t-elle, elle a remarqué que l'évêque d'Amiens est resté comme pétrifié à la vue de sa mère. Cet évêque est assassiné quelque temps après, et, par les « indiscrétions commises devant elle », elle ne tarde pas à comprendre que le coupable est son prétendu père. Dès lors, elle est persuadée qu'elle est la fille de cet évêque. Sa mère cherche de mille manières à se débarrasser d'elle pour lui dérober son héritage. Des interprétations multiples viennent chaque jour fortifier ses convictions. Elle cherche à faire valoir ses droits et, finalement, à l'âge de trente-cinq ans, tire un coup de revolver sur son père.

Cette observation peut être considérée comme un exemple de psychose chronique à base d'interprétations délirantes à début précoce.

Obs. IV. — B. Marie, âgée de trente-six ans, vient de Saint-Lazare où elle a fait deux mois de prévention pour avoir tiré un coup de revolver sur son père. Elle ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Son père, d'un caractère mélancolique, a fait depuis longtemps des abus de boissons ; il battait sa femme pendant qu'elle était enceinte de la malade. Un oncle paternel a eu trois enfants dont une fille débauchée et un fils buveur. Grand'mère paternelle alcoolique, prostituée. La mère serait, aux dires de la malade, émotive et sujette à des crises de nerfs.

B... n'a pas eu d'autre maladie dans son enfance que la rougeole. A six ans elle se livre à l'onanisme. Très mauvaise écolière, elle commence à découcher à quinze ans ; à seize ans vagabonde avec un garçon de son âge, puis se donne à n'importe qui : soldats, balayeurs, saltimbanques. Elle essaye toute sorte de métiers : tour à tour couturière, lingère, domestique, porteuse de pain, infirmière. Elle se met facilement en colère, trépigne, arrache à sa mère des poignées de cheveux. Elle a uriné au lit jusqu'à l'âge de vingt ans malgré

(1) Observation publiée dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1890-1891.

©BIUM

tous ses efforts pour éviter ces accidents. Très préoccupée de sa santé, elle a séjourné dans plusieurs hôpitaux.

Son délire, déjà très ancien, repose sur des interprétations fausses, sur des phrases ambiguës. La malade, dont la mémoire est excellente et la dialectique très exercée, discute et a réponse à tout; elle cite des dates, des adresses avec précision, pose des dilemmes, s'empare du fait le plus insignifiant et sait l'approprier aux besoins de sa cause. Elle n'est pas la fille de l'homme dont elle porte le nom. Son père n'est autre que Mgr de G..., évêque d'Amiens, assassiné il y a une trentaine d'années. C'est sa mère et le nommé Bri..., qui passe pour son père, qui ont fait périr Mgr de G... Elle est héritière d'une fortune dont sa mère veut la dépouiller; celle-ci a essayé maintes fois de la faire disparaître. Elle a appris tout cela, assure-t-elle, par « indiscrétions commises » devant elle; d'ailleurs, elle ne ressemble nullement au mari de sa mère. Vers l'âge de cinq ans, dit-elle, étant à l'église, elle vit l'évêque tourner la tête et rester comme « pétrifié » en apercevant sa mère. Il la regarda elle-même. Elle en fut frappée. Quelque temps après, Mgr de G... fut assassiné. L'homme accusé du crime venait chez sa mère. On interrogea celle-ci, on lui demanda si elle était sortie le jour du crime; elle répond : non, mais l'enfant dit : oui. Alors le sieur Bri... se cramponne à une chaise pour ne pas tomber à la renverse. Peu de temps après, son oncle dit : « Nous sommes arrivés trop tard, le testament était fait. Il faudra rendre à César ce qui appartient à César. — Oui, répond la mère, si elle ne meurt pas : c'est une mauvaise affaire pour nous. » Ces paroles sont pour elle une preuve irréfutable, l'aveu même du crime. Aux processions, ajoute-t-elle, elle portait une riche corbeille, munificence due aux générosités de l'évêque. A sept ans sa mère veut la faire mourir à petit feu. A huit ans on la place dans un couvent; elle tombe malade et croit que sa mère a donné l'ordre aux religieuses de se débarrasser d'elle. Elle affirme avoir eu déjà, à cet âge, la conviction que sa mère avait été la cause de l'assassinat de l'évêque. A treize ans elle revient chez sa mère. Ses idées d'empoisonnement remontent à cette époque. Le cidre lui occasionne des vomissements; elle appréhendait de manger, croyant que sa mère voulait la faire disparaître, et se privait volontairement de nourriture. Elle retenait des phrases significatives : « Que font-ils? » disait l'oncle à sa mère. Il s'agissait des innocents condamnés pour l'assassinat. Un jour, le curé, en la quittant s'écria : « Pauvre enfant! » La grand'mère dit un jour : « Le sang des innocents crie vengeance! » Un jour (elle avait quatorze ans), quelqu'un ayant demandé à sa mère si elle se rappelait l'affaire, celle-ci

©BIUM

lui lança un regard farouche. Depuis, elle n'a jamais revu cette personne et suppose qu'elle a été victime de son indiscrétion. A treize ans, elle souffrait de maux d'estomac; un médecin fut appelé. Il se fit à lui-même cette réflexion : « Si j'essayais d'un contre-poison. » C'était sa mère qui l'empoisonnait, mais elle n'osait se plaindre, appréhendant d'être étranglée si elle soufflait mot. Dix ans plus tard, elle a été certaine de la réalité de cette tentative d'empoisonnement. Le médecin a cessé de faire partie du bureau de bienfaisance, sans doute pour ne pas être compromis... Etant au couvent, un jésuite vint la voir et lui demanda son nom : « Marie », répondit-elle. — Mais vous avez un autre nom? — Oui, Bri... Ce nom lui faisait l'effet, en le prononçant, « d'un charbon qui sortait de sa bouche ». Le jésuite reprit : « Souvenez-vous que vous vous appelez Bri.... » Cela lui parut étrange. Elle pouvait donc porter un autre nom, et se souvint d'une conversation entre un paysan et sa mère : « Il y a du sang noble qui coule dans ses veines ! »

Ses idées de persécution, ses interprétations délirantes s'accentuaient chaque jour : « C'est bien drôle les grimaces que l'on faisait partout où je passais. Les personnes disaient quelques paroles à voix basse. J'entendais dire : « Ah! vraiment! »

A dix-neuf ans elle prend un amant et dépose une plainte contre sa mère, l'accusant de lui faire subir de mauvais traitements; elle portait un couteau-poignard et répétait qu'elle le destinait à sa mère. Elle confie à son mari les préoccupations qui n'ont pas cessé de l'obséder depuis son enfance. Elle lui parle d'un héritage qui lui revient, fait écrire à des notaires et leur raconte l'histoire du crime d'Amiens. Elle se jette un jour sur sa mère un couteau à la main. Depuis un an des tendances agressives se manifestent. Elle envoie des lettres au curé, au maire, au procureur, achète un revolver; enfin, le 24 décembre 1887, elle tire un coup de revolver sur son père, non pour le tuer, mais pour obliger la justice à faire une enquête. A l'asile, observée pendant plusieurs années, elle n'a jamais présenté d'hallucinations.

Notre seconde malade est au contraire un type de psychose à base d'interprétations délirantes à début plus tardif. La maladie semble s'être manifestée vers l'âge de trente-sept ans. M^lle^ d'O... était à Lisbonne où, dit-elle, les escadres européennes viennent la saluer, où les soldats lui rendent les honneurs : elle se croit la reine universelle. Depuis dix ans ses idées de grandeur n'ont fait que s'affirmer davantage. Elle est impératrice

©BIUM

autocrate et sacrée, douée de tous les pouvoirs, et d'une beauté remarquable. Elle transforme tout ce qu'elle touche : les cailloux deviennent des diamants, les feuilles d'arbre qu'elle met dans ses cheveux sont dignes d'être envoyées au Président de la République. Toutes les reines actuelles ne sont que des régentes : on lui a usurpé ses titres ; on cherche à l'avilir, et pour cela on l'entoure de lépreux et de pestiférés ; on lui vide les seins, on lui dessèche la peau, on lui élargit le corps. Toutes ces conceptions sont dues uniquement à des interprétations délirantes de faits extérieurs ou de sensations organiques ; elle n'apprécie rien d'après sa valeur réelle, mais uniquement dans le sens de ses idées de grandeur ou de persécution : les infirmières sont d'ignobles vieilles peinturlurées ; des ouvriers sont les princes ses cousins ; une malade est sa mère, la comtesse d'Eu. Ce délire, actuellement stéréotypé, est empreint d'un cachet de débilité mentale. La malade n'a jamais présenté d'hallucinations d'aucune sorte ; les innombrables lettres qu'elle envoie sont simplement le récit d'interprétations délirantes multiples.

Obs. V. — M^lle d'O..., âgée de quarante-sept ans, est entrée à la maison de santé de Ville-Evrard en novembre 1899. On n'a que fort peu de renseignements sur ses antécédents, et même sur l'origine de son délire. Il n'aurait débuté que vers 1890, à l'âge de trente-sept ans (?). Jusque-là M^lle d'O... s'était fait remarquer uniquement par ses tendances mystiques. Depuis plusieurs années elle se plaint qu'on la suive dans les rues. Dix-huit mois avant son entrée, les idées de persécution étaient devenues très actives : la malade prétendait qu'on cherchait à la tuer, à l'empoisonner, à la séparer de sa famille ; on lui donne à manger, disait-elle, de la chair humaine, on la rend « nulle » en mettant des drogues dans ses aliments ; on la rend plus petite, on fait varier ses époques, on lui obstrue les yeux, on lui fait gonfler le ventre. Ses parents sont des assassins et des voleurs. Elle se proclamait reine du monde.

La malade présente quelques stigmates physiques de dégénérescence : infantilisme, malformations dentaires. Son accoutrement est bizarre : elle porte une ceinture multicolore, une rosette sur l'épaule, une médaille au côté. Très loquace et prolixe, elle raconte avec force détails son histoire. Chaque jour, d'ailleurs, elle cause avec animation, répétant sans cesse les mêmes formules délirantes : elle est la princesse de Joinville ; on l'a con-

©BIUM

duite ici pour lui faire visiter ses domaines. Elle appartient à toutes les familles régnantes ; toutes les reines actuellement sur le trône ne sont que des régentes. Elle se nomme Marie-Thérèse d'Orléans de Bourbon-Bragance de Saxe-Cobourg-Gotha, impératrice autocrate et sacrée. Elle a connu cette noble origine par intuition, dit-elle. C'est ce qu'elle voyait autour d'elle qui a fait la lumière dans son esprit ; les soldats lui présentaient les armes ; les escadres européennes se sont réunies dans la rade de Lisbonne pour la saluer. Les gens qui se disent ses parents ne le sont pas ; le nom d'O... qu'on lui donne est celui d'une personne qui a usurpé ses titres.

A ces idées de grandeur s'ajoutent des *idées de persécution* empreintes, elles aussi, d'un cachet de débilité mentale. On met des saletés dans ses aliments pour lui faire prendre un amant. On la laisse sans argent pour qu'elle soit obligée de se vendre. On veut la déshonorer ; on fait des gestes obscènes devant elle ; on la rapetisse. Enfin il existe aussi quelques *idées mystiques* : elle est en communication avec Dieu.

Ce délire ne s'accompagne d'aucun phénomène sensoriel ; il n'existe point d'hallucinations de l'ouïe, de la vue, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale. Ses idées délirantes reposent uniquement sur des interprétations. Elle interprète tout ce qu'elle voit, tout ce qui se passe, dans le sens de ses idées de grandeur ou de persécution. Aussi ne tarde-t-elle pas à faire entrer dans son délire toutes les personnes qui l'entourent. Très rapidement, médecins, infirmières et malades sont devenus des gens déguisés chargés de l'espionner et de lui dérober ses titres. Cependant tout le monde ne lui est pas hostile : elle prend une malade d'un pavillon voisin pour sa mère, la comtesse d'Eu ; voit-elle passer un étranger, elle l'appelle son mari ; les enfants qu'elle aperçoit sont ses enfants ; d'autres sont des princes venus pour lui rendre les honneurs ; tout individu, quel qu'il soit, l'intéresse et fait partie de sa cour. Elle affirme qu'elle est ici dans son domaine ; chacun doit s'incliner devant elle et la traiter en souveraine : et souvent il lui arrive de s'emporter, de menacer, sous prétexte que l'on n'a pas assez d'égards pour une impératriee. Si l'on s'oublie à l'appeler « Mademoiselle », et non « Princesse », elle vous menace aussitôt de la prison ou de la guillotine ; encore moins faut-il se risquer à lui faire une observation, si l'on ne veut attirer sur soi toute sa colère.

A l'époque de ses règles, elle devient plus exubérante encore que d'habitude ; elle ne craint pas de se découvrir, de montrer sa chemise maculée aux passants, pour prouver la vigueur de son sang. Elle ne perd d'ailleurs pas une occasion d'attirer sur elle l'attention de tout étranger ; elle a même affiché à la grille un bout de papier signalant ses titres et l'emplacement

©BIUM

exact de sa chambre; elle a toujours dans ses poches un télégramme prêt à être expédié, et chaque matin, à la visite, elle donne régulièrement une ou deux lettres et plusieurs télégrammes adressés à tous les hauts personnages d'Europe. Plusieurs fois par jour, elle va lancer ses ordres aux bouches de chaleur, qui lui servent de téléphones. Ses interprétations s'étendent non seulement aux personnes, mais aux objets inanimés. Chaque partie de ses vêtements a une signification spéciale, et possède à son avis une telle valeur, qu'elle négligerait tout soin de propreté pour le conserver.

Ce sont de violentes colères toutes les fois qu'on la fait changer de linge. Elle se lave la figure avec sa salive, car elle prétend que l'eau est empoisonnée, puis elle s'essuie avec des feuilles d'arbre. Elle met des cailloux autour de sa ceinture et dans son corsage ; elle estime que, ramassés par elle, ce sont des diamants. Parfois encore, elle suce ces pierres en disant que ce sont des bonbons. Elle transforme tout ce qu'elle touche. Elle met des feuilles dans ses cheveux et, le lendemain, elle les envoie au Président de la République.

Ce délire n'a pas évolué depuis son entrée. Telle elle était en novembre 1899, telle elle est encore actuellement (février 1902). Ses interprétations elles-mêmes portent toujours sur le même thème. La malade se prétend enceinte, affirme qu'elle accouche fréquemment et qu'on étrangle ses enfants, qu'on l'empoisonne, qu'elle est entourée d'hommes habillés en femme. Les lettres qu'elle donne depuis plus d'un an sont stéréotypées. Il nous suffira de donner les principaux extraits de ces innombrables lettres pour montrer qu'il s'agit bien d'un délire à base d'interprétations.

Au Préfet : « Sous prétexte que c'est un asile, une maison de santé, on y envoie, on y a envoyé toutes sortes de vieilles gens, presque tous des hommes déguisés et peinturlurés en femmes, avec des maladies contagieuses des yeux, des oreilles, fièvres pernicieuses ; les rares vieilles femmes sont des prostituées ! Voilà la cour dérisoire de la pauvre impératrice de France, et vous comprenez facilement, monsieur le Préfet, que, au milieu de ces gens, j'ai souffert le martyre, nuit et jour ; on a voulu me tuer plusieurs fois. Les surveillants sont des folles ou des fous, car ce sont tantôt des femmes bien mauvaises ou des fous traîtres, assassins...

« On m'a violée, je le crains, plusieurs fois, et chaque fois la nuit par un ou plusieurs hommes nommés infirmières, surveillantes. Je me couche chaque soir terrifiée ; on voudrait me vieillir de force, me donner un corps de prostituée afin de faire honte à mes enfants. J'avais des urines très claires comme de l'huile et aujourd'hui j'ai des urines rougies. Une reine ne doit

©BIUM

pas avoir de seaux et on m'en donne qui servent à de vieux hommes malades, pour me faire du mal.

« J'étais sûre d'avoir deux enfants : un soir que j'étais couchée quelqu'un de grand est passé et j'ai senti deux têtes d'enfant remuer pleines de vie. Je croyais être enceinte avec les rois, mais je me demande si on ne m'a pas fait avorter. J'ai senti une de ces nuits mon nombril se soulever et vouloir s'ouvrir ; on me l'aura coupé ou détaché. J'ai les seins vides, les fesses tombées, je suis contrefaite par les mauvais traitements, les brutalités, les bains pris de force qu'on dit d'amidon, mais préparés par de vieilles gens. J'ai mes règles en ce moment, le sang voudrait couler à flots, mais on m'entoure, pour le tarir et le dessécher, de vieilles femmes.

« Hier au soir, un fou voulait m'étrangler pour plaire à la surveillante. Il y avait un bloc rouge sous une plante, dans le couloir ; souvent, au matin, on le sort mouillé comme si on y avait tranché des têtes ! On entend des cris, des hurlements. Je suis inquiète pour mes fils.

« Je voyais, pendant la nuit, passer de temps à autre une personne, quelque fou encore ; on prétend que c'est une veilleuse ; ce serait plutôt un assassin, car, au lieu de donner de l'air dans le pavillon, il empeste lui-même et il tient à la main un rouleau comme un centimètre, qui provoque des maladies contagieuses, des fièvres ! C'était cette nuit une odeur nauséabonde.

« On me fait tomber également mes cheveux que j'avais si abondants, si soyeux ; ils sont secs et noirs parce que je suis avec des négresses peintes... »

Au général de S... : « Avant-hier, la surveillante, tantôt un homme, tantôt une femme, s'est mise devant moi ; je crois que c'était un homme ; elle ou il s'est mesuré avec moi ; je crois qu'elle voulait que je fasse quelque chose de malhonnête ; j'ai eu l'idée de précipiter un bout de chapelet sur le bas-ventre, cela m'a fait du bien. Aujourd'hui, j'avais, au matin, les seins pleins, très blancs ; dans la matinée, je les avais vides. Je ne sais ce qu'ils ont ces hommes déguisés en femmes, ces vieilles femmes, mais elles tournent autour de moi pour me vider les seins.

« Il y a une nouvelle personne qu'on appelle M^me^ X... (un faux nom) ; est-ce un homme ou une femme, je ne sais, mais elle a quelque vilaine maladie ; ce matin, elle a passé près de moi, cela m'a causé une douleur dans le bas-ventre ; mes jambes pliaient, j'avais mal partout. La surveillante a appelé un homme qui travaille avec le chauffeur, sous prétexte que les cabinets étaient bouchés ; je ne sais ce qu'il a fait avec un fil de fer, mais le pavillon est devenu empesté ; on était à se deman-

©BIUM

der s'il n'avait pas tué quelqu'un, si ce n'était pas l'odeur des cadavres, ou bien si on n'avait pas encore fait venir des hôpitaux des gens empestés.

« On nous a servi au dîner des tomates farcies ; je ne m'en suis pas méfiée, j'en ai mangé, on y avait mis des excréments.

« Tantôt on m'aplatit le ventre, on m'élargit le corps par un mauvais lit, par des limonades purgatives; tantôt on me fait prendre des bains pour m'élargir le corps, les seins ; tantôt on fait tourner autour de moi des vieilles gens pour me vider les seins, on me fait passer les mains, les bras autour de moi sur la tête pour m'ôter mes chemises tachées afin d'habiller avec les surveillantes, les prostituées, pour me mettre du linge de malade sur moi. On a fait exprès pour m'aplatir et déformer la tête, le corps, pour me rendre commune ; c'est ainsi qu'on m'a fait tomber les dents, qu'on m'a abîmé la vue ; on me menace de me couper la langue, de m'estropier les parties sexuelles.

« Le bon Dieu m'avait douée ; j'étais très belle, des yeux grands, clairs, de toute beauté, de belles dents, un corps très beau, très blanc, très bien fait, très vigoureux, très sain. Il m'a donné beaucoup d'intelligence, d'énergie, une forte et belle voix, l'autorité, la distinction, beaucoup d'influence. Ce qui m'a manqué, c'est une éducation digne de mon rang, j'ai été élevée en petite reine. J'avais beaucoup de sagacité, je voyais tout à la fois ; en un mot, j'avais tout ce qu'il fallait pour faire une impératrice, une reine universelle. Je regrette beaucoup ne pas être avec vous, avec mon mari, pour être protégée, moi et mes filles, et pour l'honneur et la sécurité des familles royales, de l'Eglise, de la France.

« Princesse de Joinville, *impératrice.* »

Conclusions. — Les interprétations délirantes, qui parfois en imposent pour de véritables hallucinations, se présentent sous trois aspects cliniques distincts :

1° Des interprétations *épisodiques* se montrent au cours de la plupart des maladies mentales. Leur rôle est effacé.

2° Les interprétations délirantes peuvent, par leur prédominance plus ou moins exclusive au détriment des troubles sensoriels, constituer un syndrome commun à un certain nombre d'espèces cliniques et susceptible de se présenter sous une forme aiguë (en général sans systématisation), ou sous une forme chronique (avec systématisation).

Le syndrome de la *psychose aiguë à base d'interprétations* se rencontre dans la folie des dégénérés, dans la

mélancolie présénile, dans la folie périodique, les délires toxiques, la démence précoce. Il est sous la dépendance d'un trouble du jugement qui, sans parler de la prédisposition vésanique, est lui-même fonction, soit d'un état de confusion, soit d'une émotion obsédante, soit d'une faiblesse psychique, congénitale ou acquise.

Les interprétations délirantes peuvent aussi jouer un rôle prédominant dans certaines psychoses *chroniques :* période d'incubation des délires de persécution, délire de persécution de la sénilité, folie des persécutés-persécuteurs. Leur apparition est due soit à l'affaiblissement intellectuel, soit à des idées obsédantes.

En résumé, dans la seconde catégorie, les interprétations délirantes, dont l'abondance contraste avec l'absence ou le rôle effacé des troubles sensoriels, sont au premier plan du tableau symptomatique de psychoses très distinctes.

3° Dans la troisième catégorie, les interprétations délirantes constituent le symptôme prépondérant d'un délire systématisé chronique présentant, dans sa symptomatologie et son évolution, des caractères bien tranchés qui permettent d'en faire une espèce clinique autonome. Cette psychose est en effet caractérisée par les signes suivants : *développement très lent de délires systématisés de couleur variée* (le plus souvent délire combiné de persécution et de grandeur) ; — *absence presque constante d'hallucinations* (ou rôle très effacé de ces troubles) ; — *richesse extrême des interprétations délirantes* qui constituent la base même des conceptions morbides; — *marche très lentement progressive; — absence d'évolution systématique; — incurabilité absolue* ; — *persistance de l'intégrité des facultés intellectuelles* (pas de période de démence).

C'est à cette forme clinique, que nous proposons de donner le nom de *psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes* ou, plus brièvement, de *psychose à base d'interprétations.*

Il n'est guère d'affection mentale dont il soit plus malaisé de préciser le début, par suite de la lenteur de l'incubation, de l'ancienneté qu'a le délire lorsque le médecin est appelé à intervenir, des réticences du malade et de sa tendance congénitale aux interprétations erro-

©BIUM

nées. En outre, ces sujets ont une aptitude toute particulière à adapter leur passé le plus lointain à leurs conceptions maladives (délire rétrospectif). Sous le bénéfice de ces réserves, on peut dire que la psychose à base d'interprétations débute, en général, au cours de la période de la vie comprise entre vingt et quarante ans, avec une prédilection spéciale pour deux phases allant l'une de vingt à vingt-cinq ans, l'autre de trente-cinq à quarante ans. On a distingué ainsi une forme à *début précoce* et une forme *tardive*. Parfois, il semble que le début ait eu lieu dès l'enfance; mais il faut avouer qu'il est difficile de faire le départ entre les troubles dus au délire rétrospectif et ceux dont l'apparition doit incontestablement être reportée à l'adolescence ou à l'enfance.

Au point de vue symptomatique, il convient d'insister sur la systématisation parfois très grande des conceptions fausses, sur la conviction inébranlable du malade, sur la persistance de l'activité intellectuelle, sur la couleur du délire. Le plus souvent, il s'agit d'idées de persécution ou de grandeur, existant tantôt seules, tantôt à l'état de combinaison, mais sans qu'on puisse distinguer une évolution comparable à celle du délire chronique de Magnan. L'examen de la genèse du délire montre que cette psychose repose presque exclusivement sur un vaste échafaudage d'interprétations multiples qui suffisent, sans l'intervention d'hallucinations, à l'édification d'un roman délirant bien charpenté. Dans certains cas, il est vrai, des hallucinations peuvent apparaître : ces troubles sensoriels, dont le rôle reste toujours accessoire, ne laissent pas cependant que de rendre le diagnostic incertain jusqu'à ce qu'un examen plus prolongé ait montré, comme substratum constant et suffisant de la psychose, des interprétations délirantes.

Signalons encore les allures particulières des malades atteints de psychose à base d'interprétations : beaucoup font illusion et paraissent à première vue notablement moins « délirants » que les persécutés ordinaires. Leur lucidité, leurs facultés syllogistiques sont moins atteintes; les troubles de la personnalité que ces derniers malades présentent, consécutivement aux hallucinations multiples qui les assaillent et plus particulièrement aux hallucinations psycho-motrices, ces troubles sont nota-

blement moins accusés dans la psychose à base d'interprétations. Grâce à sa mémoire souvent très exercée, à sa dialectique toujours en éveil, le malade peut défendre sa conviction erronée avec des apparences de raison que n'a pas le persécuté ordinaire qui se plaint de persécutions physiques, qui emploie des néologismes, que des troubles sensoriels permanents isolent, chaque jour davantage, du monde extérieur, etc. Il accumule preuves sur preuves, il a pour chaque objection une réponse toute prête, et dans la discussion il cite des dates, pose des dilemmes, s'empare du fait le plus insignifiant, et sait l'adapter adroitement aux besoins de sa cause. Sa conviction, assise sur des faits incontestables, confirmée chaque jour par de nouvelles interprétations, est et demeure inébranlable et peut même déterminer des cas de contagion psychique (folie à deux).

Parfois il arrive que ces sujets empruntent aux persécutés-persécuteurs les modes de réaction qui passent pour caractéristiques de cette catégorie d'obsédés : avec acharnement ils se mettent à poursuivre ceux que leur désignent leurs interprétations délirantes, et se transforment ainsi en persécuteurs.

La psychose à base d'interprétations est assez rare : un cas sur 90 à 100 admissions. Le sexe ne paraît pas avoir une influence bien marquée.

La durée de la maladie est indéfinie. On ne peut distinguer une évolution systématique, ni des périodes bien nettes. La terminaison par la démence, qui survient parfois si rapidement dans la démence paranoïde, plus lentement au contraire dans les délires systématisés, est exceptionnelle dans la psychose à base d'interprétations ; et, dans ce cas, elle doit être attribuée à la sénilité.

Inutile d'insister sur le pronostic d'une affection chronique dont la guérison ne paraît guère possible.

L'étiologie ne fournit que peu de renseignements en dehors du rôle incontestable de la dégénérescence. On ne peut guère invoquer, comme pour la démence précoce, l'influence d'une auto-intoxication.

Les malades atteints de psychose à base d'interprétations sont trop souvent confondus avec les persécutés hallucinés ordinaires, ou avec les persécutés-persécuteurs. Ils sont aisément classés avec cette dernière caté-

©BIUM

gorie de sujets lorsqu'ils empruntent à ceux-ci leurs modes de réaction habituels ; ils s'en rapprochent d'ailleurs en outre par l'absence d'hallucinations, l'activité intellectuelle, la lucidité. Mais à côté de ces signes communs il existe des caractères importants qui différencient les deux espèces cliniques. Le délire des uns repose sur une *idée obsédante* qui s'impose de plus en plus à l'esprit sans adjonction nécessaire de vraies *interprétations délirantes*. Le délire des autres, au contraire, se systématise lentement, grâce à des interprétations multiples. Chez le persécuté-persécuteur, c'est à un fait souvent exact, mais amplifié par les tendances naturelles du sujet, qu'est due l'éclosion d'idées obsédantes qui tiennent sous leur dépendance tous les actes du malade, si bien que certains de ces persécuteurs, placés aux frontières de la folie, ne sont pas à proprement parler des *délirants*, mais des *obsédés*. Ils agissent beaucoup plus qu'ils ne délirent. Les sujets atteints de psychose à base d'interprétations délirent au contraire beaucoup plus qu'ils n'agissent, et, si parfois leurs réactions paraissent l'emporter sur leurs conceptions délirantes, il faut remarquer que les réticences, chez eux fréquentes, cachent souvent à l'observateur un système vésanique bien organisé.

D'autre part, si les sujets atteints de psychose à base d'interprétations présentent à première vue, comme il arrive souvent, certains traits de la physionomie habituelle des persécutés hallucinés ordinaires, s'ils paraissent avoir des troubles sensoriels, et surtout si l'on constate chez eux en réalité quelques hallucinations épisodiques, ou encore si on a affaire à des sujets réticents pouvant être soupçonnés de dissimuler leurs hallucinations, il arrive qu'on les prend pour des persécutés hallucinés, pour des délirants chroniques.

Le diagnostic de la psychose à base d'interprétations doit encore être fait avec la démence paranoïde, avec les psychoses hallucinatoires aiguës, avec les psychoses aiguës à base d'interprétations symptomatiques de la folie périodique des dégénérés, de la mélancolie, et enfin avec certains délires de la sénilité.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

René Semelaigne.

SÉANCE DU 24 MARS 1902

Présidence de M. MOTET.

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

MM. Bernard-Leroy, Ramadier, Rayneau, Trénel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Pierre Janet, remerciant la Société des félicitations qui lui ont été adressées à propos de sa nomination de professeur au Collège de France ;

2° Une lettre de M. van Deventer, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. Edwin Goodal, médecin en chef de Joint Counties Asylum, Carmarthen (Angleterre), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Falret, Vallon et Legrain, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Benjamin Semidolow, médecin de la maison d'aliénés d'Alexeew et de la clinique psychiatrique de Moscou, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Garnier et Roubinovitch, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Ruggero Tambroni, médecin directeur du manicome provincial de Ferrare, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Ballet, Motet et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° De la part de M. Miguel Bombarda : *Le cas de Josepha Greno*. — M. Dupain veut bien se charger de présenter un rapport sur ce travail ;

2° Un numéro de la *Revue médicale de Normandie*, où se trouve un portrait de Parchappe, avec une notice sur ce médecin aliéniste, par M. Trénel ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mars ;

4° *Bulletin de la Société de tempérance*, n° 3.

©BIUM

Rapport de la commission des finances.

M. Christian. — Messieurs, les comptes de l'année 1901 sont les suivants :

il restait en caisse au 31 décembre 1900	2.835 16
l'ensemble des recettes s'est élevé à. . .	2.997 06
Total.	5.832 22
Les dépenses ayant été de	2.523 08
il restait en caisse au 31 décembre 1901 .	3.309 14

Voici maintenant le détail de nos différentes caisses :

Société médico-psychologique :

Excédent au 31 décembre 1900	423 56	
Recettes de toute espèce .	1.797 06	
Total	2.230 62	
les dépenses ont été, y compris un achat de 30 fr. rente 3 0/0	2.323 68	
de sorte qu'il y a un déficit de	102 46	

déficit apparent, et qui est déjà comblé par les recettes effectuées de 1902.

Quant aux caisses des trois prix Aubanel, Belhomme et Moreau (de Tours), leur balance s'établit ainsi :

Prix Moreau (de Tours).

En caisse au 31 décembre 1901	300 »
Rente.	100 »
Total.	400 »
Dépenses, le prix de 1901.	200 »
Reste en caisse.	200 »

Prix Aubanel

Reste au 31 décembre 1901.	1.111 60
Rente	800 »
Total.	1.911 60

©BIUM

Prix Belhomme	
Reste au 31 décembre 1901.	1.000 »
Rente	300 »
Total.	1.300 »

En résumé, l'avoir de nos caisses se chiffre par un excédant réjouissant pour chacune d'elles, et nous n'avons qu'à vous proposer de voter des remerciements à notre excellent trésorier, en souhaitant qu'il persévère dans ses errements.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et des remerciements votés à M. le Trésorier.

Rapports de candidatures.

M. Blin. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Ballet, Briand, Brunet, Garnier et Blin à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature de MM. Dupré et Marie à la place de membre titulaire de votre Société.

Ce rapport ne peut qu'être court, aucun des deux candidats ne nous ayant fait parvenir d'exposé de ses travaux et titres.

Il est vrai que chacun d'eux a déjà su faire apprécier de tous sa valeur scientifique, ce qui nous dispense d'entrer dans le détail.

Il suffit de rappeler, pour M. Dupré, ses titres de professeur agrégé à la Faculté de médecine dans la section de médecine mentale, de médecin des Hôpitaux, en même temps que ses divers travaux se rapportant aux maladies mentales; — pour M. Marie, ses importants mémoires de pathologie mentale, ainsi que la notoriété scientifique qu'il s'est acquise dans les questions d'assistance familiale des aliénés, — pour montrer de quel prix serait pour notre Société leur collaboration à titre de membre titulaire.

Malheureusement pour les candidats, une seule place est vacante et force nous est d'établir un classement : votre commission, en exprimant tous ses regrets de ne pouvoir disposer de deux places pour reconnaître la

©BIUM

valeur de MM. Dupré et Marie, est d'avis de présenter en 1re ligne M. Dupré, en seconde ligne M. Marie.

Un troisième candidat, le distingué collaborateur de M. Marie à Dun-sur-Auron, s'était tout d'abord présenté, qui, pour des raisons que nous n'avons pas motif à discuter, mais où la modestie a, sans conteste, pris une part trop grande, a cru devoir, pour la place actuellement vacante, retirer sa candidature : nous sommes tenus de déférer à ce désir, mais nous avons cru bon de noter le fait, ne fût-ce que pour remercier à cette occasion M. Vigouroux de la part aussi active qu'intéressante qu'il prend aux travaux de la Société.

M. Dupré est élu membre titulaire par 17 voix contre 7 données à M. Marie et un bulletin nul.

M. Roubinovitch. — Messieurs, au nom de la commission composée de MM. Joffroy, Pactet et Roubinovitch, rapporteur, j'ai l'honneur de vous présenter un résumé des travaux et titres de M. le Dr Jean Philippe qui sollicite sa nomination de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Parmi les principales publications médico-psychologiques de notre confrère, je vous citerai, dans l'ordre chronologique, une étude parue en 1892 et faite en collaboration avec M. A. Binet, sur un nouveau cas d'audition colorée à l'examen duquel les auteurs ont appliqué la psychométrie. La même année, également en collaboration avec M. A. Binet, M. Philippe a appliqué la psychométrie pour mesurer le temps du calcul mental chez quelques calculateurs de profession.

L'année d'après, en collaboration avec M. V. Henri, M. Philippe a publié chez Alcan des recherches psychométriques sur la distraction chez les hystériques. Les auteurs arrivent à cette conclusion que, chez les hystériques, les réactions attentives sont plus régulières, mais plus courtes, que chez les sujets normaux ; au contraire, les réactions de distraction sont chez ces malades moins régulières et plus longues.

En 1894, M. Philippe a publié un cas d'influence de la volonté sur le développement du phénomène de l'audition colorée ; et dans une étude ultérieure parue dans la *Revue Scientifique* sur l'audition colorée chez les aveugles, l'auteur démontre que les individus frappés

accidentellement de cécité ont fréquemment de l'audition colorée obtenue volontairement.

Dans un travail fait en collaboration avec M. Clavière en 1895, M. Philippe examine cette illusion musculaire qui consiste à trouver une livre de plomb plus lourde qu'une livre de plumes et trouve que cette illusion, résultant du concours de plusieurs sens, est acquise par l'éducation ; en aucun cas, elle ne démontre la non-existence du sens musculaire.

Aux images mentales, notre confrère a consacré en 1897 deux études. Dans la première, il cite de nombreux exemples qui prouvent que nos images mentales ne sont pas figées et immuables, mais qu'elles sont au contraire en un état d'évolution constante qui tend à les ramener et à les fondre dans un type plus général. Dans sa seconde étude, M. Philippe fait une sorte de recensement des images mentales et constate que le nombre de ces dernières est d'autant plus restreint qu'elles représentent des objets plus fréquemment perçus. Etudiant plus tard, en 1899, la conscience dans l'anesthésie chirurgicale, M. Philippe pense que seule la mémoire se trouve abolie en pareille circonstance ; la douleur avec ses effets psychiques persisterait. Enfin, la même année, notre confrère a soutenu, à Paris, sa thèse de doctorat intitulée : *Technique du chronomètre de d'Arsonval pour la mesure des temps psychiques*. Dans ce travail, l'auteur a montré à quelle précision il faut arriver dans ces mesures, à quelle technique serrée il faut s'astreindre pour obtenir des indications pouvant vraiment être considérées comme exactes. Pour M. Philippe, « en ceci, comme pour toutes les recherches psychiques, il faut posséder sa technique au point de l'appliquer inconsciemment sans avoir besoin de la surveiller ».

Quoi qu'il en soit, M. Philippe expose la nouvelle méthode d'investigation psychique avec beaucoup de précision et d'exactitude ; sa thèse sera donc très utilement consultée par tous ceux que ces recherches intéressent.

Ajoutons que M. le Dr Jean Philippe est licencié en philosophie et chef des travaux au laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne.

Ces publications et ces titres démontrent que nous

©BIUM

trouverons en notre confrère un collaborateur très éclairé et très actif. La Commission vous propose en conséquence de bien vouloir accueillir favorablement la candidature de M. Jean Philippe au titre de membre correspondant de notre Société.

A la suite de ce rapport, M. Jean Philippe est élu membre correspondant à l'unanimité.

La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste. — Rapport sur un travail de M. Jul. Morel, de Mons.

M. VALLON. — Messieurs, M. le Dr Jules Morel, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat, à Mons, vous a envoyé une brochure ayant pour titre : La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste. C'est un rapport présenté par notre distingué confrère au dernier Congrès d'Anthropologie criminelle. La première partie de ce rapport n'est qu'une revue, fort bien faite d'ailleurs, des divers travaux publiés sur la question dans ces dernières années. M. Morel y expose les opinions de MM. Thiry, van Hamel, Alimena, von Lilienthal, Maus, Dimitri Drill, Pelman, Grossmann, Näcke, etc., etc., sans oublier celles de nos collègues Garnier et Legrain. Dans une annexe M. Morel expose les résultats de ses propres recherches sur l'état mental des détenus récidivistes de la prison de Mons. Se basant, tant sur ce qui a été dit par les auteurs que sur ce qu'il a constaté lui-même, M. Morel considère comme établis les deux faits suivants :

1° La criminalité est le plus grande entre 18 et 30 ans.

2° La dégénérescence est très fréquente chez les délinquants.

Cette constatation amène M. Morel à formuler l'avis suivant :

Il importe de faire examiner, au point de vue médico-psychologique, tous les jeunes criminels qui se feraient suspecter par de mauvais antécédents et tous ceux qui deviendraient récidivistes. Il y a lieu de modifier le code pénal pour la partie relative à la responsubilité, et

les tribunaux, sur la conclusion des médecins aliénistes, devraient être autorisés à mettre les délinquants dégénérés à la disposition du Gouvernement pour un temps indéterminé, mais dont la durée serait réduite pour ceux qui feraient preuve d'un grand amendement confirmé par l'autorité administrative et le médecin aliéniste.

Ainsi, ajoute M. Morel, la société atteindrait ce triple but : la préservation pour elle-même, la protection des malheureux déshérités au point de vue de l'intelligence et des sentiments moraux, et la diminution notable des vices (alcoolisme, vagabondage, débauche, etc.) et conséquemment de la criminalité.

Arrivé à la fin de son travail, M. Morel s'exprime ainsi :

« Nous croyons avoir rapporté tout ce qui a été dit et fait au sujet des délinquants dégénérés et pouvoir présenter les conclusions suivantes :

1° Dans un but d'assainissement social, il importe que les autorités veillent sur les jeunes gens arriérés et sur ceux qui vivent dans les milieux corrompus, afin de contribuer à les faire soustraire à leurs parents et de les envoyer dans les milieux sains et honnêtes.

2° Les jeunes gens arriérés ou dégénérés, ayant fait attirer l'attention des autorités, en raison de l'irrégularité ou de la singularité de leur conduite, feront l'objet d'un rapport administratif, et au besoin d'un rapport médico-psychologique qui sera remis à l'autorité administrative et, en cas de nécessité, à l'autorité judiciaire.

3° En cas de nécessité, autant dans l'intérêt de la société que dans l'intérêt des jeunes gens arriérés ou dégénérés, on devrait les confier à un institut médico-pédagogique, répondant à tous les desiderata qui pourraient contribuer à la régénération de ceux qui présentent des signes indubitables de la dégénérescence.

4° Les parents soucieux de ceux de leurs enfants dont la conduite ou l'intelligence ne leur ferait guère espérer pour l'avenir auraient le droit de solliciter la faveur du placement des leurs dans un institut médico-pédagogique, ou dans un établissement spécial, jusqu'à un âge à déterminer ultérieurement.

5° La question de la vengeance, ne trouvant plus sa place chez les dégénérés, doit être remplacée par la

©BIUM

conception de mesures salutaires destinées à réformer ou à refaire leur éducation. Pour les dégénérés, la question de la responsabilité pénale et de l'imputabilité se trouve supprimée ; ils seront mis à la disposition du Gouvernement pour un temps indéterminé. »

Messieurs, je vous ai analysé de mon mieux le travail de M. Morel ; je considère ma tâche comme terminée. Vous ne voudriez pas, en effet, qu'à l'occasion d'un simple compte rendu d'une brochure, j'étudie à mon tour le difficile et complexe problème du criminel récidiviste. Abordée de cette manière, la question ne saurait en effet être traitée avec tout le soin et toute l'ampleur qu'elle mérite.

Représentations figurées et jeux masochistes (1).

Par M. Trénel

Dans une note de son traité sur les perversions sexuelles (2), von Krafft-Ebing indique comme « portant une empreinte bien visible du caractère masochiste les menées de la confrérie des Galois au XIVe siècle, qui cherchaient le martyre par amour et se soumettaient à toutes sortes de tortures ». Il rapproche des Galois les poètes Ulric de Lichtenstein et Pierre Vidal, qui vivaient au XIIIe et au XIIe siècle.

Les idées, si répandues au moyen âge, de la *servitude sexuelle* n'ont pas seulement laissé leur empreinte dans dans les lieder des Minnesinger et dans les lais des Troubadours. Les imagiers, qui aimaient tant à orner les cathédrales de sculptures rappelant les passions humaines ou les légendes et événements chantés par

---

(1) Les représentations figurées qui font l'objet de cette communication ont été éditées par la *Revue médicale de Normandie* et sont extraites d'un article plus étendu, paru dans le numéro de ce journal du 25 mars 1902. Elles ont été portées à ma connaissance par nos confrères MM. Ch. Nicolle, Deroques et M. Poussier.

(2) Von Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis*. Trad. Laurent et Csapo, p. 189, n. 1.

les poètes, n'eurent garde d'oublier les représentations de cet esclavage.

C'est, croyons-nous, dans ce sens, qu'on est autorisé à interpréter certaines sculptures dont je présente ici les photographies.

Ces représentations figurées sont au nombre de six et datent du XIIIe au XVe siècle :

Bas-relief de St-Pierre de Caen,
Stalle du chœur de la cathédrale de Rouen,
Bas-relief du portail de la Calende,
Pilastre du château de Gaillon,
Frise de bois sculpté du XVe siècle,
Console de l'église St-Jean, de Lyon.

Il existe encore d'autres figurations plus récentes signalées par M. A. Héron, de Rouen, qui les a étudiées d'une façon très approfondie à propos de sa savante édition du Lai d'Aristote. Il a en particulier découvert la frise de bois sculpté du XVe siècle qui est la plus intéressante peut-être au point de vue auquel nous nous plaçons.

Dès le premier abord, il apparaît qu'on ne peut considérer ces images autrement que comme des scènes de masochisme.

Que voyons-nous, en effet, dans ces six figures qui sont la réplique les unes des autres avec quelques variantes secondaires? Un homme, le mors à la bouche, marchant à quatre pattes, « à chatonant », suivant la gracieuse expression du trouvère Henri d'Andeli, et, sur son dos muni d'une selle, une femme qui le mène le fouet et la bride à la main. N'est-ce pas là la figuration, criante d'exactitude, des observations de Krafft-Ebing (1), de l'une d'elles en particulier (obs. 50) dont je rappellerai ici les termes : « Je m'appuyais des deux mains sur une chaise, écrit le malade, je mettais mon dos dans une position horizontale, et elle l'enfourchait comme les hommes ont l'habitude de monter à cheval. Je contrefaisais alors autant que possible tous les mouvements du cheval et j'aimais à être traité par elle comme une monture et sans aucun égard. Elle pouvait me battre, pi-

(1) *Loc. cit.*, p. 147 (obs. 50).

©BIUM

quer, gronder, caresser, tout faire selon son bon plaisir... Quand c'était possible, je préférais avoir le torse nu pour mieux sentir les coups de cravache. Ma « souveraine » était obligée d'être décente ; je la préférais avec de belles bottines, de beaux bas, des pantalons courts et serrant aux genoux, le torse complètement habillé, la tête coiffée d'un chapeau et les mains gantées. »

Les images que je présente ne sont-elles pas l'illustration même de cette observation de masochisme? Ne réalisent-elles pas aussi les descriptions de Sacher-Masoch dans ses contes ou ses romans, et ses confessions si curieuses (1) dans ses mémoires intitulés *Choses vécues*? Que le fouet dont toutes ces femmes sont armées soit simplement un symbole de l'asservissement de l'homme ou un instrument d'excitation aphrodisiaque, — Krafft-Ebing distingue les deux choses, — la scène réalise bien l'union du sadisme féminin et du masochisme mâle. Ce sont là, pour employer les expressions mêmes de Sacher-Masoch, « femmes au fouet », voire même « Vénus aux fourrures », comme dans le médaillon du château de Gaillon.

Dans la réalité, ces images sont des figurations d'un poème très populaire du XIII^e^ siècle, *le Lai d'Aristote* (2), où le trouvère Henri d'Andeli, clerc de la cathédrale de Rouen, montre Aristote se faisant chevaucher par la maîtresse d'Alexandre. Cette fable est bien connue. L'aventure a été bénévolement attribuée à Aristote, et tire vraisemblablement son origine d'un conte indien du Pantchatantra, dont M. Gasté (3) a le premier donné une traduction : « ... Nauda s'abaisse devant sa femme... « Laisse-moi, dit celle-ci, te mettre un mors à la bouche, que je monte sur ton dos et te fasse trotter à mon gré ; cours en hennissant comme un cheval ; alors je consentirai à être bonne. » — Les sculpteurs ont ajouté le fouet, l'accessoire caractéristique.

---

(1) Sacher-Masoch. Choses vécues, Revue politique et littéraire (*Revue bleue*), 1888-1890.

(2) A Héron. Œuvres d'Henri d'Andeli (*Coll. des Bibliophiles Rouennais*, 1880.) — La légende d'Alexandre et d'Aristote (*Bulletins de l'Académie de Rouen*, 1890-1891.)

(3) A. Gasté. Un chapiteau de l'église de Caen, 1887.

Pour terminer, je signalerai un curieux rapprochement entre le lai d'Aristote et un singulier jeu des siècles passés qu'a enregistré le *Petit savant de société* (1), recueil datant probablement de la fin du XVIII[e] siècle, où sont exposées les règles des différents jeux de société alors à la mode : l'un d'eux s'intitule le *cheval d'Aristote*. C'est une pénitence qui, comme le montre une intéressante illustration, consiste à faire promener l'une des jouenses par un partenaire marchant à quatre pattes. Une autre pénitence du même genre s'appelle le *Pont d'amour*. Il semble bien que ce jeu ait pu être inventé par quelque rusé masochiste de l'ancien temps qui aura trouvé ce moyen ingénieux de satisfaire sa perversion sexuelle. Ce rapprochement s'impose, par analogie avec un autre jeu, fétichiste cette fois et de toute évidence : celui-là s'appelle le voyage à Cythère; en voici l'énoncé :

« De toutes les pénitences, c'est celle qui favorise le plus les mystères secrets et qui est le moins agréable aux mères qui n'aiment point qu'on se dérobe à leurs regards. La personne qui fait le *voyage à Cythère*, ayant choisi son compagnon, se retire dans un cabinet ou derrière un paravent. Là le cavalier peut embrasser sa dame *et toucher ce qui lui plaît le plus de son ajustement*. De retour du *voyage*, le cavalier demande à chacun ce qu'on pense qu'il a touché. Si l'on se trompe, il donne un baiser à la chose indiquée ; et si l'on devine juste, la personne qui a deviné en fait autant. »

Ce programme ne peut être que l'œuvre d'un fétichiste. Les anormaux sexuels emploient bien pour arriver à leurs fins des moyens autrement dangereux. Il serait curieux de retrouver à quelle époque remontent ces jeux, peut-être très anciens, et dont M. A. Gasté rapporte l'origine au lai d'Aristote, — histoire qui elle-même paraît avoir pris naissance dans le mystère douteux de quelque gynécée de l'Inde.

(1) *Le Petit savant de société*, par M. de Belair (sans date).

©BIUM

Le Cinquantenaire de la Société médico-psychologique.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, vous savez qu'il a été décidé en principe que la Société médico-psychologique fêterait, cette année, le cinquantenaire de sa fondation. C'est, en effet, le 26 avril 1852 que ses membres fondateurs se sont réunis et ont élu leur premier bureau. Nous aurions désiré faire coïncider notre fête avec cette date d'avril; mais, en raison de la période électorale qui va s'ouvrir et qui ne se terminera guère que le 11 mai, votre Bureau a pensé remettre cette réunion de famille au dernier lundi du mois de mai. Nos collègues de la province et même ceux de l'étranger qui voudront nous faire l'honneur et le plaisir d'assister à notre cinquantenaire trouveront plus de facilités pour ce voyage.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous venez d'entendre la communication que vient de vous faire M. le Secrétaire général; je mets aux voix la proposition qui vous est faite de remettre au lundi 26 mai la fête du cinquantenaire de notre Société. Il est entendu qu'il n'y aura pas, par suite, de séance solennelle le dernier lundi d'avril, et que le banquet annuel aura lieu le jour du cinquantenaire.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

RENÉ SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1899.

I. — *Un cas remarquable de sommeil pathologique;* par le Dr Holzinger (numéro de janvier). — En 1896, dans le cours d'un voyage en Afrique, l'auteur a eu l'occasion de voir dans le Choa un nègre âgé de soixante ans, qui présentait depuis deux ans un état de somnolence pathologique. Il s'endormait pendant la conversation, dès qu'il avait répondu à la question posée; il se réveillait quand on l'interpellait ou quand on le touchait, et toujours en sursautant.

Prié de raconter son histoire, le malade s'en acquittait bien d'abord; mais bientôt la voix baissait, les paupières se fermaient et le conteur s'endormait au milieu de son récit. Durant la nuit, le sommeil était toujours agité, il semblait à ce malade que sa tente était envahie, il s'effrayait, se mettait à crier, et puis, se réveillant, constatait qu'il était en proie à un cauchemar. Ce tableau se reproduisant plusieurs fois dans la nuit, le malade attribue ces accidents à un sortilège : mais c'est là une idée superstitieuse et non délirante, et l'envahissement de sa tente par des hommes mal intentionnés apparaît au malade comme un effet du rêve, et non comme une hallucination. En dehors de cet état de somnolence, rien d'anormal à signaler dans l'état psychique ou physique du malade, si ce n'est un tremblement assez marqué, qui est peut-être d'origine alcoolique.

La somnolence étant permanente, l'auteur estime qu'il ne s'agit pas là de narcolepsie, d'autant plus qu'il n'y a pas d'hystérie ou d'épilepsie. Ce serait un cas de « léthargie africaine », telle qu'elle a été décrite par Gores, Gubrin, Mac Carthy. Cette maladie spéciale aux côtes occidentales d'Afrique y serait fréquente, puisque Gubris l'a observée cent quarante-huit fois.

©BIUM

Les autopsies faites ont révélé de l'hyperémie arachnoïdienne, des traces de méningite chronique avec substance cérébrale exsangue. Dans la plupart des cas, il y a de l'engorgement des ganglions cervicaux. Ce symptôme n'existait pas chez le malade que l'auteur a observé.

II. — *Des réflexes pupillaires provoqués par l'attention ;* par le Dr Piltz (numéro de janvier). — Brüche a observé chez un médecin la dilatation pupillaire volontaire, et Bechterew a vu un malade qui pouvait à volonté dilater sa pupille droite.

De ces faits, Monakow a conclu qu'il y a communication entre la région corticale et le centre de la dilatation pupillaire, vraisemblablement au moyen du ganglion de Gasser. D'autre part, Habe a constaté que la concentration de l'attention sur un objet éclairé placé dans le champ visuel amenait la contraction pupillaire sans que le regard soit dirigé du côté de l'objet éclairé.

L'auteur a fait la contre-épreuve, et a montré que la concentration de l'attention sur un objet sombre produit la dilatation pupillaire. Il a répété ses expériences en variant les conditions, de manière à écarter toutes les causes d'erreur, et il est arrivé ainsi à constater que non seulement les pupilles se contractent ou se dilatent quand on concentre l'attention sur un objet lumineux ou sombre placé dans le champ visuel, sans le fixer, mais encore que la simple représentation mentale d'un objet éclairé ou sombre provoque les mêmes phénomènes pupillaires. La représentation mentale d'un effort musculaire produirait, elle aussi, ces variations pupillaires, qui augmenteraient en raison du degré d'attention apporté par le sujet.

III. — *Des paralysies faciales à récidive ;* par le Dr Bernhardt (numéro de février). — Les recherches faites par l'auteur sur ce sujet l'amènent à poser les conclusions suivantes :

1° La paralysie faciale récidive à peu près sept fois sur cent ;

2° Le sexe masculin paraît plus atteint ;

3° On observe des récidives aussi bien avant l'âge de vingt ans qu'après l'âge de cinquante ans. C'est entre vingt et cinquante ans que l'affection a sa plus grande fréquence ;

4° Les récidives s'observent aussi bien après quelques semaines qu'après quelques années ;

5° On n'a pas observé de *deuxième récidive* avant le délai d'un an ; la plupart s'observent après cinq et même après sept ans ;

©BIUM

6° Les récidives n'ont pas de préférence pour le côté primitivement atteint. On ne saurait établir une règle à ce sujet;

7° La récidive est le plus souvent unique; on en voit rarement deux et exceptionnellement trois ou quatre;

8° La récidive unique a été plus fréquente chez l'homme, une deuxième récidive plus fréquente chez la femme ; pour les récidives se produisant plus de deux fois, on n'a pas constaté de différence de fréquence pour les deux sexes;

9° Les paralysies affectent une forme plus grave dans les premières récidives que dans l'affection débutante;

10° 10 p. 100 des récidives sont liées à des affections suppurantes de l'oreille moyenne ou à des lésions de la base du crâne. Dans ces cas, la récidive a lieu du même côté;

11° 6,6 p. 100 des récidives ont lieu chez des syphilitiques, sans qu'on puisse affirmer que la syphilis joue un rôle précis;

12° 5 p. 100 des récidives frappent des diabétiques;

13° 13,3 p. 100 atteignent des névropathes avec prédisposition héréditaire;

14° Les causes mentionnées aux paragraphes 10, 11, 12 et 13 ne peuvent être incriminées dans 66,6 p. 100 des cas observés ;

15° Pour expliquer la prétendue disposition congénitale ou acquise, les hypothèses de Despaigne, Philip, etc., sur les anomalies du crâne et des os de la face ne sont pas concluantes, et ne s'appliquent pas à un grand nombre de cas;

16° La théorie de l'origine infectieuse ou toxique des paralysies faciales périphériques peut se discuter, mais est loin d'être démontrée ;

17° Il est très douteux que la guérison d'une paralysie faciale confère une immunité, d'autant plus que la paralysie peut être causée par une affection infectieuse de la gorge, et que ces maladies récidivent très souvent;

18° Nous n'avons pas de théorie satisfaisante pour expliquer les récidives des paralysies faciales périphériques.

IV. — *Un phénomène pupillaire non encore décrit;* par le Dr Westphal (numéro de février). — Le phénomène consiste en une contraction pupillaire lorsqu'on réunit, en les pinçant, les deux paupières, de manière à produire l'occlusion de l'œil. Il est d'autant plus marqué que la pupille est plus dilatée et moins sensible à la lumière. L'auteur a remarqué que lorsqu'on commande à quelqu'un de fermer les yeux, et qu'en même temps on empêche l'occlusion en tenant les paupières écartées,

©BIUM

le globe oculaire se porte en haut et en dehors, et la pupille se contracte. Dans ces conditions, la contraction pupillaire a été observée dans la plupart des cas de rigidité pupillaire réflexe (paralysie générale, syphilis du système nerveux central, etc.), quand cette rigidité était accompagnée d'un état de dilatation grande ou moyenne de la pupille; elle a même été observée dans des cas où la pupille réagissait encore sous l'influence de la convergence ou de l'accommodation. Si l'on excepte une hystérique à réactions pupillaires très sensibles, l'auteur n'a pas observé ce phénomène chez des sujets non atteints de maladies organiques du système nerveux. En tout cas, le phénomène peut se produire avec une pupille réagissant normalement à la lumière. Cherchant à expliquer le mécanisme de cette contraction pupillaire, l'auteur rejette l'hypothèse de l'action de convergence, de l'accommodation ou de la pression intra-oculaire, pour admettre qu'il s'agit d'une synergie, dans le genre de celle qui produit le renversement du globe oculaire en haut et en dehors, quand on ferme les paupières (Bernhard, Willbrandt et Saüger). Il résulte des observations de l'auteur que le muscle sphincter de l'iris et le rameau pupillaire de l'oculo-moteur entrent en jeu, et l'auteur pense, avec Bernhard, que les communications du système nerveux central ne sont pas assez connues pour nous permettre d'expliquer, par l'anatomie, ces synergies. Il signale néanmoins les recherches de Mendel, qui montrent que, chez le lapin et le cobaye, le rameau oculaire du facial a son noyau d'origine dans celui de l'oculo-moteur. En serait-il de même chez l'homme?

Des faits cliniques (Birdsall, Uthoff), des expériences physiologiques (Hitzig), et enfin la contraction simultanée de l'orbiculaire palpébral et du sphincter de la pupille sous l'influence d'une vive lumière, sont des arguments en faveur de cette hypothèse.

V. — *L'abus de l'éther dans la Prusse orientale*, par le Dr Sommer (numéro de mars). — On sait depuis longtemps que dans les grands centres, les névropathes font un usage immodéré de l'éther sous forme « d'éther perlé » et d'autres produits fin de siècle, comme les qualifie l'auteur. Mais là ne se borne pas l'abus de cette substance, et le Dr Sommer nous apprend que depuis l'élévation des droits sur les alcools en 1887, on a remplacé ces produits, dans les classes besoigneuses de la Prusse orientale et des gouvernements russes limitrophes, par l'éther sulfurique. Ce dernier, fabriqué avec des alcools qui échappent

©BIUM

à l'impôt, est livré au commerce à un prix inférieur à celui de l'eau-de-vie. Cette dernière revient à 1 m. 30, soit 1 fr. 65 le litre, tandis qu'on se procure le litre d'éther sulfurique à 1 fr. 25. L'ivresse par l'éther revient donc moins cher que celle produite par l'alcool, d'autant plus que l'effet est plus rapide et s'obtient avec une dose moindre. Il se vend au détail à Memel et à Heydekrug quatre fois plus d'éther que d'eau-de-vie. Il est étendu de 2 ou 3 volumes d'eau ; mais certains consommateurs en absorbent un quart de litre pur. Il en résulte des affections du foie, des reins, de l'athérome, des dégénérescences graisseuses du cœur, etc. L'influence morale du clergé et du corps enseignant est impuissante contre ce fléau ; il faudrait, d'après l'auteur, d'autres moyens, tels que augmentation des droits fiscaux ou défense de délivrer de l'éther sans ordonnance médicale.

VI. — *Phénomènes pupillaires nouveaux* ; par le Dr Piltz (numéro de mars). — Charcot et Forel ont déjà parlé d'une réaction « inverse ou paradoxale » de la pupille chez les paralytiques généraux. Ce phénomène consiste en ce que l'abaissement des paupières pour clore les yeux produit un rétrécissement de la pupille.

L'auteur a observé le fait sur un paralytique général, et s'est rendu compte qu'il s'agit non d'un réflexe « inverse », mais d'une coordination de mouvements de la pupille d'une part, de l'occlusion intentionnelle des yeux d'autre part.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a constaté qu'après occlusion énergique des deux yeux, la pupille se rétrécissait chez les paralytiques généraux dans la proportion de 40 p. 100 ; chez les catatoniques cette proportion est de 28 p. 100 ; chez les épileptiques, de 25 p. 100 ; chez les tabétiques, de 22 p. 100, et enfin chez les personnes saines de 4 p. 100 seulement. Dans une autre série d'expériences, l'auteur a provoqué l'intention de fermer les yeux, tout en s'opposant à l'exécution de ce mouvement, par l'écartement artificiel des paupières.

Dans ces conditions le rétrécissement pupillaire s'est produit dans les proportions suivantes :

Paralysie générale.	63 p. 100
Cécité	43 —
Démence précoce.	48 —
Epilepsie.	37 —
Tabes	22 —
État de santé.	35 —

©BIUM

Il résulte des recherches de l'auteur que le phénomène en question s'observe surtout dans les cas où la pupille ne réagit pas ou réagit mal à la lumière, mais que néanmoins il coïncide aussi avec des cas à réaction normale.

S'agit-il d'une irritation du centre de l'oculo-moteur agissant sur le sphincter de la pupille, ou d'un effet du changement de la pression sanguine produit par l'occlusion énergique des yeux? C'est là une question qui pourrait être élucidée par l'observation des phénomènes de rétrécissement pupillaire après que la pupille aurait été préalablement dilatée par l'atropine, et encore faudrait-il qu'il fût démontré que l'atropine, à côté de son action paralysante sur l'oculo-moteur, ne produit pas de troubles vaso-moteurs.

VII. — *Un cas de tabes avec paralysie bulbaire*; par le Dr Martin Bloch (numéro d'avril). — L'auteur publie une observation de tabes compliqué de paralysie glosso-labio-pharyngée survenue chez un professeur âgé de cinquante-cinq ans. Il n'a pu observer le malade que pendant quelques jours, mais suffisamment pour constater la coexistence du complexus symptomatique du tabes et de la paralysie bulbaire. Si l'on a souvent constaté dans le tabes l'existence de symptômes bulbaires isolés, il n'en est pas de même de l'apparition de la paralysie bulbaire progressive. Il n'existerait que deux observations de ce genre, l'une publiée par Howard et l'autre par Charcot (*Progrès médical* du 17 juin 1893). L'auteur, en comparant ces deux cas avec le sien, constate la similitude dans l'évolution. Partout s'observent les mêmes symptômes : paralysie des muscles oculaires, troubles subjectifs et objectifs dans le domaine du trijumeau, dans deux cas atrophie du nerf optique; tous les symptômes de la paralysie bulbaire progressive joints aux manifestations classiques du tabes, abolition du réflexe pupillaire, signe de Westphal. — A signaler le peu d'intensité des symptômes du côté des membres inférieurs dans les trois cas. Il semble que dans ces cas de tabes bulbo-spinal, comme les appelle Charcot, les principaux symptômes aient leur cause dans les centres nerveux les plus élevés.

VIII. — *Un nouvel algésimètre*; par le professeur Bechterew (numéro de mai). — Les algésimètres de Buch, de Matchuttkowski et de Kulbiri présentaient isolément ou réunis les inconvénients suivants : 1° compression de la région cutanée voisine du point sur lequel agissait l'appareil pour provoquer la douleur, d'où modification de la sensibilité par anémie; 2° inégalité de la

©BIUM

force agissant sur l'aiguille, force qui variait selon la main de l'opérateur, et enfin 3° différence de la pression selon la région, selon le voisinage de surfaces osseuses, l'épaisseur du tissu adipeux, etc. L'auteur a cherché à vaincre toutes ces difficultés au moyen d'un appareil que la maison Richter, de Saint-Pétersbourg, peut livrer pour 25 roubles, et qui par diverses dispositions permet d'étudier la sensibilité douloureuse, tactile ou électrique. Il se compose essentiellement d'un tube dans lequel est disposée une aiguille actionnée par une espèce de robinet. Le pas de vis qui unit le tube à la poignée règle la longueur de l'aiguille qui doit s'enfoncer dans la peau; un manomètre interposé entre la poignée et le tube permet de se rendre compte que la pression de l'appareil sur la peau est à peu près nulle, et peut en tout cas être rendue toujours égale.

Des appareils spéciaux vissés à la place de l'aiguille permettent d'étudier la sensibilité tactile ou électrique.

L'auteur espère encore perfectionner l'appareil; mais il estime que dans l'état actuel il a, malgré son prix relativement élevé, un caractère pratique, car il remplace aussi bien l'appareil d'Eulemburg pour la recherche de la sensibilité à la pression que tous ceux qui ont pour but la recherche de la sensibilité électrique.

IX. — *De la paranoïa aiguë*; par le Dr Köppen (numéro de mai). — Y a-t-il une paranoïa aiguë? Mendel dit oui, et Kraepelin, se basant sur l'incurabilité reconnue de la paranoïa, dit non. L'auteur estime que l'évolution d'une maladie ne saurait suffire à la classer, et fait remarquer que, dans un ouvrage récent, Kraepelin cite 13 p. 100 de guérisons dans la catatonie, affection signalée jusque-là comme incurable. La base étiologique, psychologique, anatomique ne pouvant suffire à une classification, on est forcé d'avoir recours à des points de vue multiples. L'essentiel est de créer des types répondant aux faits, types dont les noms soient aussi significatifs que possible, et qui donnent des indications sur l'étiologie, le traitement et le classement du malade à l'asile.

La démence paralytique, la folie épileptique, la confusion mentale, la démence précoce, et plus récemment la psychose de Korsakow et l'état crépusculaire de Gauser, constituent des types de ce genre. Il en est de même du type de la paranoïa, tel qu'il a été établi par Snell, Griesinger et Westphal : il désigne une affection où prédominent les idées délirantes, et qui, malgré une longue durée, n'aboutit pas à l'anéantissement

©BIUM

complet de la personnalité. Or, d'après l'auteur, la paranoïa envisagée à ce point de vue présente une forme aiguë, et par conséquent curable. Il a d'ailleurs observé dix cas dont la guérison s'est maintenue depuis deux ou trois ans. Les caractères de cette paranoïa aiguë seraient les suivants : systématisation incomplète du délire, troubles généraux comme ceux des psychoses aiguës, au point que la paranoïa peut être caractérisée par une confusion mentale ou un *délirium*, et que le malade, après guérison, peut avoir perdu le souvenir de certaines phases de sa maladie ; troubles de l'idéation, de la faculté de penser, de combiner, d'observer, ce trouble étant ressenti par le malade et attribué par lui à des influences extérieures ; illusions des sens, obsessions, impulsions, affectivité pathologique, angoisse, parfois état maniaque, mais conservation du sentiment de la personnalité. Il y a aussi une forme purement hallucinatoire, c'est la plus connue, et l'auteur ne fait que la mentionner. Le terrain imprime à l'affection un cachet particulier (alcoolisme). Le surmenage et les affections violentes paraissent être les principaux facteurs étiologiques.

En examinant le terrain pathologique, l'auteur remarque que chez les imbéciles, la paranoïa aiguë se manifeste par de l'angoisse, des idées de persécution qui disparaissent rapidement. Chez d'autres dégénérés, une idée, fondée en principe (peur de la maladie en temps d'épidémie), prend une importance exagérée et va jusqu'au délire.

Le délire d'emblée de Magnan rentrerait aussi, d'après l'auteur, dans le cadre de la paranoïa aiguë, et celle-ci peut naître sur le terrain de toute intoxication (alcool, plomb, cocaïne, etc.). Il importe évidemment de ne pas confondre une paranoïa aiguë avec une paranoïa chronique avec rémission. Il y a des cas qui récidivent et que Mendel a appelés « paranoïa periodica ». Au point de vue du traitement, l'auteur insiste sur les avantages du traitement moral, alors que dans la paranoïa chronique il est au moins inutile, sinon nuisible, de discuter les idées délirantes du malade.

X. — *Sur l'incontinence d'urine dans le rire;* par le Dr Bechterew (numéro de mai). — L'auteur rapporte le cas d'une jeune femme névropathe chez laquelle le rire provoquait constamment de l'incontinence d'urine. Cette infirmité gênante n'était liée à aucune altération organique de l'appareil urinaire ; il n'y avait pas d'incontinence nocturne. Il s'agit donc d'une incontinence d'urine accidentelle liée directement au réflexe du

rire, et l'auteur estime qu'il y a là un phénomène purement psychique et qui s'explique par la présence dans l'écorce cérébrale du centre des mouvements de la miction.

XI. — *Du phénomène palpébral de la pupille (Galassi)*; par le Dr Giovanni Mingazzini (numéro de juin). — Gifford et Westphal ont attiré récemment l'attention sur la contraction pupillaire qui se produit quand on recommande au patient de faire tous ses efforts pour fermer les paupières, pendant que d'autre part on tient celles-ci écartées. Westphal a observé le phénomène dans tous les cas d'iridoplégie réflexe et d'accommodation (tabes, paralysie générale, etc.). Chez les personnes saines ou atteintes de maladies fonctionnelles du système nerveux, il n'a pu l'observer qu'une fois, et cela chez une hystérique à réaction pupillaire très prompte. L'auteur revendique le mérite de la découverte de ce phénomène pour le Dr Galassi qui, mort en 1891, l'avait signalé dès 1887, et en avait publié deux observations *in* « Societ. Lancisiana », la première sous le titre de : « Sopra un singulare fenomene pupillare », et l'autre sous la rubrique : « Sulla reazione palpebrale della pupilla ».

Tandis que Westphal, tout en reconnaissant que les communications du rameau oculaire du facial et de l'oculo-moteur, ne sont pas encore établies, semble se rattacher à l'opinion d'une origine commune de ce rameau et de l'oculo-moteur, Galassi a donné une explication très plausible de la persistance de la réaction pupillaire, alors que toutes les autres réactions sont abolies par suite de la paralysie périphérique de l'oculo-moteur. Dans une de ses deux observations, il avait en effet constaté la névrite de l'oculo-moteur. Or, il suppose que dans la période régressive de la névrite, la conductibilité nerveuse se rétablit, mais est moindre qu'à l'état normal. Par voie réflexe seule, la contraction pupillaire ne peut alors se produire encore; mais l'impulsion apportée par l'acte de volonté énergique pour fermer les paupières serait comme un renfort permettant d'atteindre le but. Le phénomène palpébro-pupillaire indiquerait par conséquent qu'il y a déjà régression des phénomènes inflammatoires. Quant à l'intensité très grande de la contraction pupillaire chez ses deux malades, Galassi l'explique en admettant qu'il y a pour les muscles lisses, une réaction comparable à la réaction de dégénérescence des muscles striés ; en d'autres termes, la névrite de l'oculo-moteur aurait mis les muscles lisses dans un état d'excitabilité exagérée.

©BIUM

XII. — *Sur les réflexes pupillaires de représentation*; par le Dr Piltz (numéro de juin). — Budge, Bechterew, Haab, ont signalé les réflexes pupillaires qu'on peut provoquer par la représentation mentale soit d'un objet éclairé, lumineux, soit d'un objet sombre. L'auteur a fait des recherches dans ce sens, et, se plaçant dans des conditions qui ont permis d'écarter l'influence de l'accommodation, il a obtenu avec une régularité constatée par un appareil enregistreur, la contraction ou la dilatation pupillaire, selon que la personne en observation pensait à un objet lumineux ou sombre placé derrière le champ visuel, ou même dans une pièce voisine. Il serait trop long d'exposer les méthodes ingénieuses mises en jeu pour éviter les causes d'erreur, et il suffira de donner les conclusions de l'auteur, qui sont les suivantes : il existe des réactions pupillaires associatives d'origine psychique, qu'on peut décomposer ainsi. — *A*. Influence de l'attention portée sur des objets lumineux ou sombres placés latéralement et en dehors du champ visuel (réflexes corticaux, réflexes d'attention) :

1° Rétrécissement pupillaire quand l'attention est portée sur un objet éclairé et placé latéralement en dehors du champ visuel (réflexe cortical pupillaire découvert par Haab).

2° Dilatation pupillaire dans les mêmes conditions, l'objet lumineux étant remplacé par un objet sombre (phénomène décrit par l'auteur).

B. Influence de simples représentations.

3° Rétrécissement pupillaire par la représentation d'un point lumineux.

4° Dilatation pupillaire par la représentation d'un point sombre.

XIII. — *Ataxie cérébrale aiguë*; par le Dr Dinkler (numéro de juin). — Un maçon bien portant jusqu'à l'âge de vingt-huit ans est pris subitement d'un accès de fièvre avec frissons, délire et douleur très violente dans une épaule. Ces accidents disparaissent au bout de trois jours, et il reste une ataxie grave des mouvements du tronc, des extrémités et de ceux du langage articulé. L'état s'améliore dans l'espace de cinq ans, pendant lesquels le malade refait l'éducation de ses muscles, et réapprend à rester assis, à se tenir debout, à marcher, à parler. L'auteur analyse minutieusement tous les symptômes, et arrive par exclusion à localiser l'affection dans une lésion d'origine infectieuse siégeant dans l'encéphale (couronne rayonnante et ganglions cérébraux). Il rappelle à ce sujet les cas d'ataxie

©BIUM

cérébrale rapportés par Leyden, Westphal et Ebstein. Le dernier seul a été suivi d'autopsie, et présentait en outre des symptômes d'ataxie, d'autres phénomènes, tels que l'atrophie de la langue, etc.; il a révélé à l'autopsie des altérations médullaires nombreuses.

L'auteur croit que l'autopsie d'un cas typique d'ataxie cérébrale aiguë comme celui qu'il a observé, serait de nature à jeter quelque lumière sur la question des voies coordinatrices centrales, soulevée par la doctrine de l'ataxie.

XIV. — *Le plus grand cerveau décrit jusqu'à ce jour;* par le Dr von Walsem (numéro de juillet). — Jusqu'à présent le cerveau le plus lourd serait celui d'un porteur de journaux de Londres, quelque peu idiot, cerveau décrit par Simms. Il pesait 2.400 grammes. Or l'auteur a décrit, il y a trois ans, dans une feuille hollandaise peu répandue (Hertogenbosch, 1896), le compte rendu de l'autopsie d'un idiot épileptique mort à l'âge de vingt et un ans, et dont le cerveau pesait 2.850 grammes. C'est le plus gros poids observé : à l'œil nu, le cerveau, en dehors de ses dimensions colossales, ne présentait rien d'anormal. L'examen microscopique montra que les cellules ganglionnaires étaient clairsemées et mal stratifiées; les cellules pyramidales étaient en petit nombre, et la couche tangentielle à mailles très larges. Pas d'altérations vasculaires.

XV. — *De la signification des réflexes des orteils;* par le Dr M. Cohn (numéro de juillet). — Dans la *Semaine médicale* de Paris (juin 1898), Babinski a établi la valeur diagnostique du phénomène des orteils. Ce phénomène, consistant en une *extension* des orteils à la suite de l'excitation de la peau de la région plantaire, ne se produirait que dans les cas de lésion des faisceaux pyramidaux latéraux. En dehors de cette lésion, le réflexe se manifesterait par la *flexion* des orteils. Le signe de Babinski permettrait donc de faire le diagnostic précoce des lésions des faisceaux pyramidaux, alors que les autres signes feraient encore défaut. L'auteur a fait des recherches pour vérifier l'assertion de Babinski, et, en opérant sur des adultes en bonne santé, il a constaté que le signe de Babinski se produisait chez 20 p. 100 des sujets, du moins en ce qui concerne le gros orteil; car souvent les autres orteils n'entraient pas en extension, ou même se fléchissaient. Le signe de Babinski n'est donc pas un phénomène exceptionnel chez les sujets sains.

D'autre part, le phénomène des orteils (extension) serait la

©BIUM

règle chez le nouveau-né, d'après Babinski, et cela en raison du manque de gaines à myéline dans les cordons latéraux. Or l'auteur a constaté que chez le nouveau-né tout réflexe des orteils fait souvent défaut; d'autres fois il se produit de l'extension, surtout du gros orteil.

Expérimentant sur des sujets atteints d'affections du système nerveux, l'auteur a constaté la fréquence du signe de Babinski. Il l'a observé notamment dans plusieurs cas de sclérose amyotrophique latérale, d'apoplexie récente, de tumeurs cérébrales s'étendant jusqu'à la capsule interne, et aussi, contrairement à Babinski, dans un cas de paralysie hystérique complète d'un membre inférieur. Il serait tenté d'expliquer ce réflexe par une altération des faisceaux pyramidaux, entraînant la destruction des fibres d'arrêt pour le mouvement des extenseurs, d'où prédominance de ce mouvement. En ce qui concerne la valeur du signe, l'auteur se résume ainsi : chez la plupart des personnes, l'irritation cutanée de la plante des pieds produit la flexion des orteils, tandis que, s'il y a lésion organique ou fonctionnelle des faisceaux latéraux de la moelle, la flexion est remplacée par l'extension des orteils. Néanmoins, ce signe ne saurait avoir une valeur pathognomonique pour le diagnostic de ces affections nerveuses.

XVI. — *Remarques sur le phénomène des orteils* ; par le Dr Léonard Schüler (numéro de juillet). — L'auteur a repris les expériences de Babinski et de Cohn. Ce dernier, contrairement à Babinski, a constaté l'extension des orteils chez des sujets sains et dans l'hystérie, et a par conséquent dénié au phénomène de Babinski une valeur pathognomonique pour le diagnostic des affections du système pyramidal. Opérant à son tour sur des sujets variés, l'auteur a observé le signe de Babinski dans la proportion de 8 p. 100 chez les hommes, 4 p. 100 chez les femmes, et 6 p. 100 chez les enfants. Par contre, sur huit cas d'affections des faisceaux pyramidaux, le signe de Babinski n'a jamais fait défaut, et dans les affections fonctionnelles il manquait au contraire constamment. L'auteur en conclut que le signe de Babinski, joint à d'autres symptômes, peut dans certains cas d'un diagnostic difficile, permettre d'établir le diagnostic différentiel entre des affections d'origine organique et des maladies fonctionnelles.

XVII. — *Des réflexes pupillaires de représentation chez les aveugles*; par le Dr Piltz (numéro d'août). — Faisant suite à l'étude publiée sur le même sujet dans le numéro de juin, l'au-

©BIUM

teur a examiné les réflexes en question sur des aveugles. Les conclusions de ses très minutieuses recherches sont les suivantes :

1° Les pupilles des aveugles qui restent immobiles à l'éclairage latéral, réagissent encore sonvent à l'éclairage central (axial), ce qui prouve d'abord que les fibres pupillaires se trouvent surtout dans la tache jaune et dans son voisinage ; ensuite que ces fibres peuvent rester intactes chez des aveugles dont les fibres optiques sont depuis longtemps complètement dégénérées.

2° Les pupilles des aveugles se rétrécissent sous l'influence de la représentation d'un point lumineux, et se dilatent sous l'influence de la représentation d'un point sombre, et cela même après atrophie de la rétine.

Dr A. Adam.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de mars 1902. — MM. les Drs Lalanne, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), et Costa, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.);

M. le Dr Charon, médecin-directeur de l'asile de Moulins (Allier), est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.);

M. le Dr Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêtés d'avril* 1902 : M. Gruhier, directeur de l'asile de Rennes, est nommé directeur de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. Bresson, non acceptant et admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le Dr Dezwarte, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. Cuvelier, économe de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, est nommé directeur de l'asile de Rennes.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du* 1er *mars* 1902 : Est promu officier de l'Instruction publique, M. le Dr Bérillon (Juste-Edgard-Eugène), inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, délégué cantonal à Paris;

Sont nommés officiers d'académie : MM. les Drs Dérigq, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir); Lalanne (Raphaël), médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); Leroy (Raoul-Achille), médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), et Mlle Villette (Pauline-Louise), surveillante en chef à l'asile de Villejuif (service de M. le Dr Marcel Briand).

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique, dans sa séance du 24 mars 1902, a décidé de fêter le cinquantenaire de sa fondation. Cette cérémonie aura lieu le lundi, 26 mai 1902. La cir-

©BIUM

culaire suivante vient d'être envoyée à tous les membres de la Société, et il y a tout lieu d'espérer que le plus grand nombre d'entre eux viendront prendre part à cette réunion de famille. Nous prévenons nos lecteurs que, le même jour, se tiendra l'assemblée générale annuelle de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Paris, le 26 avril 1902.

MONSIEUR ET CHER COLLÈGUE,

Le 26 avril 1852 — il y a juste aujourd'hui un demi-siècle — un certain nombre de médecins aliénistes, de philosophes, de jurisconsultes, associés dans le but d'étudier en commun les questions relatives à la médecine mentale et aux sciences annexes, se réunissaient à Paris, pour la première fois, afin de se constituer et d'élire leur premier bureau. De ce jour était née la *Société médico-psychologique*, qui devait avoir des destinées si brillantes.

Nous avons l'honneur de vous informer que la Société a décidé, sur la proposition de son bureau, de fêter le Cinquantenaire de sa fondation, le lundi 26 mai 1902, à 4 heures, dans le lieu ordinaire de ses séances, 12, rue de Seine.

Nous serions heureux de votre présence à cette réunion de famille. En venant y prendre part, vous nous donneriez une preuve nouvelle de tout l'intérêt que vous portez aux travaux de notre Compagnie, ainsi qu'à sa prospérité.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Collègue, l'assurance de nos sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

Le président :

Dr A. MOTET,

Membre de l'Académie de Médecine,
161, rue de Charonne.

Le secrétaire général :

Dr ANT. RITTI,

Médecin de la Maison nationale de Charenton,
Saint-Maurice (Seine).

ORDRE DU JOUR :

1° Discours de M. MOTET, président de la Société médico-psychologique ;

2° Rapport sur le prix Aubanel, par M. ARNAUD ;

3° Histoire des travaux de la Société médico-psychologique, par M. ANT. RITTI, secrétaire général.

©BIUM

Banquet à 7 heures, au RESTAURANT MARGUERY, *boulevard Bonne-Nouvelle.*

Prix de la souscription : 20 francs.

N.-B. — Prière d'envoyer son adhésion au Banquet au secrétaire général, avant le 20 mai, au plus tard.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 11 mars 1902, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux asiles d'aliénés.

N° 1. Travail sans titre. — Devise :

« *Errare humanum...*
Perseverare diabolicum... »

N° 2. Les aliénés devant la justice (aliénés méconnus et condamnés), par les Drs Pactet, de Villejuif, et H. Colin, de Paris.

N° 3. L'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse, par le Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Commission : MM. Brouardel, Magnan, Joffroy.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

N° 1. De la sérumthérapie dans les maladies mentales et nerveuses, par les Drs A. Marie, médecin en chef des asiles publics de la Seine, à Villejuif, et J.-B. Buvat.

N° 2. L'hypocondrie dans les folies et névroses. Étude clinique et thérapeutique, par le Dr P. Cololian, de Paris.

Commission : MM. Laborde, Motet, Richer.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des diverses formes de la démence.*

N° 1. Devise : « *On peut dire sans hyperbole que le jour où il*

©BIUM

n'y aura plus de demi-fous, le monde civilisé périra, non par excès de sagesse, mais par excès de médiocrité. »

N° 2. Devise : « *On a l'âge de ses artères.* »

Commission : MM. Magnan, Motet, Fernet.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

N° 1. Épilepsie, pathogénie, indications thérapeutiques et contribution à l'étude de la physiologie du corps thyroïde, par le Dr Al. Pâris, médecin en chef du service des femmes de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle.

N° 2. Nouvelles propriétés toniques et thérapeutiques du sérum du sang des épileptiques et leurs applications pratiques, par le Dr Charles Ceni, professeur agrégé de neuropathologie à l'Université de Pavie.

N° 3. Série de travaux sur les maladies nerveuses, par le Dr Ch. Binet-Sanglé, d'Angers.

N° 4. Études sur la syringomyélie, par le Dr J. Hauser, de Paris.

N° 5. Le syndrome de Little ; sa valeur nosologique, sa pathogénie, par le Dr R. Cestan, de Paris.

N° 6. De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques, par le Dr M. Bra, de Paris.

N° 7. De l'extension et de son application dans le traitement des maladies nerveuses, par le Dr Konindjy, de Paris.

N° 8. Mémoires sur les névrites périphériques, par le Dr Dopter, médecin aide-major au Val-de-Grâce.

N° 9. De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur, par le Dr Bouveyron, de Lyon.

N° 10. Traitement de l'épilepsie par la bromuration combinée avec l'hypochloruration, par le Dr Toulouse, de Villejuif.

N° 11. Thérapeutique des syndromes épileptiques basée sur les indications. — Devise : « *L'univers est une espèce de livre dont on ne connaît qu'une page quand on n'a vu que son pays.* »

N° 12. Essai sur l'anatomie pathologique des démences, par le Dr H.-A. Bridier, médecin aide-major au Val-de-Grâce.

N° 13. Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique, par le Dr R. Cruchet, de Bordeaux.

N° 14. Essai sur l'hémiplégie de vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale, par le Dr J. Ferrand, de Paris.

Commission : MM. Laborde, Duguet, Raymond.

©BIUM

Prix Larrey. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique appliquée à la médecine.

N° 5. Étude sur la répartition géographique du goître en France. Études sur les statistiques de l'alcoolisme, par le Dr L. Mayet, de Lyon.

N° 13. Études statistiques sur les méningites cérébro-spinales. — Devise : « *Vitam impendere vero* .»

Commission : MM. Empis, Colin, Champetier de Ribes.

Prix Henri Lorquet. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

N° 1. Essai sur la psychologie pathologique des idées hypocondriaques, fondé sur des recherches personnelles, par le Dr E.-B. Leroy, de Paris.

Commission : MM. Kelsch, Landouzy, Joffroy.

Prix Saintour. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

N° 1. L'alcoolisme, ses dangers, par le Dr Ch. Pépin, de Dinan.

N° 5. Étude médico-légale, philosophique et psychiatrique du suicide dans le plein exercice du libre arbitre, par le Dr C. Zalackas, de Fives-Lille.

N° 27. Ame et cerveau; étude physiologique et psychologique, par le Dr Octave Sirot, de Beaune.

N° 28. Série de travaux sur l'hygiène et l'alcoolisme, par le Dr Delobel, de Noyon.

N° 33. Les victimes de l'alcool, par le Dr A. Baratier, de Jeugny.

N° 38. Les premiers stades de l'hérédité pathologique maternelle; recherches histologiques, par le Dr L. Nattan-Larrier, de Paris.

Commission : MM. Besnier, Cornil, Dieulafoy, Pozzi, Railliet, Troisier.

Prix Vernois. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

N° 10. Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie; notes et documents sur le bilan de l'alcoolisme dans l'Eure au XIXe siècle, par le Dr Leroy, médecin adjoint à l'asile d'aliénés d'Evreux.

Commission : MM. Fournier, Vallin, Monod (H.).

©BIUM

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite.*)

31. *La crainte des cambrioleurs.* — Un cocher de fiacre amenait, hier matin, au commissariat de police de M. Egartheler, trois vieilles demoiselles, dont les vêtements étaient d'une saleté repoussante.

— Ces personnes, dit-il au magistrat, sont montées dans ma voiture au parc Monceau, hier soir, vers onze heures, et, toute la nuit, je les ai promenées dans les rues de Paris. Quand le moment est venu de payer, elles m'ont déclaré qu'elles n'avaient pas d'argent.

Interrogées à leur tour, les étranges voyageuses déclarèrent se nommer Aline, Eugénie et Berthe S..., âgées de cinquante-six, cinquante-neuf et soixante et un ans. Elles racontèrent qu'il y a environ six mois, à la suite d'un cambriolage commis dans la maison qu'elles habitaient, elles avaient été prises de peur et avaient résolu de ne plus jamais coucher sous un toit. Elles avaient vendu tous leurs meubles et réalisé une somme de dix mille francs. Depuis cette époque, elles faisaient leur toilette dans des water-closets. Elles prenaient leurs repas dans des restaurants.

Quand elles eurent dépensé jusqu'à leur dernier sou, elles vécurent de mendicité. De nombreux cochers, dont elles avaient été les clientes, leur firent crédit. Mais, hier, elles tombèrent sur un automédon qui ne les connaissait pas et les conduisit au commissariat, quand elles lui eurent avoué qu'elles n avaient pas d'argent.

Les malheureuses, qui paraissent ne pas jouir de la plénitude de leurs facultés mentales, vont être hospitalisées. (Le *Matin*, numéro du samedi 8 février 1902.)

32. *L'homme qui se coupe les pieds.* — Un individu vêtu d'un drap blanc drapé en burnous s'était arrêté dans l'après-midi d'hier devant le n° 120 du boulevard de Belleville. Là, pour la grande joie du public que ses allures étranges avaient attiré, il commença à se prosterner et à se frapper le front contre la chaussée, tout en tenant des discours incohérents. Puis, gravement, il se déchaussa et fit ses ablutions dans le ruisseau, sans s'inquiéter des rires qui saluaient ses faits et gestes.

A la fin, sans interrompre ses psalmodies, il prit un couteau et se taillada la plante des pieds. Mais alors, on avertit des agents, qui arrivèrent et interrompirent la scène en emmenant le fou au poste de la rue Etienne-Dolet, d'où M. Girard l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du lundi 10 février 1902.)

©BIUM

33. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du mardi 11 mars 1902) :

Les locataires de l'immeuble situé au n° 100 de la rue de Belleville étaient réveillés en sursaut hier matin, vers trois heures et demie, par des cris épouvantables provenant d'un logement occupé par un ouvrier modeleur âgé de soixante-quatre ans et nommé Alexandre Claude.

Pris probablement d'un subit accès de folie, le vieillard avait bondi hors de son lit, et, saisissant une sorte de poignard à la lame longue et tranchante, s'en était porté de furieux coups à la gorge.

Puis, sautant sur sa femme affolée, Claude avait cherché à la frapper de son arme ; mais la vieille dame réussit par la fuite à se soustraire à ses coups et se barricada dans sa chambre.

Alors le modeleur, continuant à se frapper lui-même, sortit de chez lui et s'engagea dans la rue de Belleville.

Mais il ne put aller bien loin et, après avoir parcouru une centaine de mètres, s'affaissa sur le trottoir.

On ne tarda pas à le relever.

Sa gorge, tailladée en tous sens, laissait échapper le sang à flots. Des agents l'emportèrent dans une pharmacie d'où, après avoir été l'objet d'un pansement sommaire destiné à arrêter l'hémorragie, le malheureux fut transporté à l'hôpital Tenon.

Les médecins qui le soignent désespèrent de le sauver.

Le poignard à l'aide duquel le vieillard s'était si horriblement blessé a été retrouvé entièrement maculé de sang dans l'escalier de la maison.

34. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du mardi 11 mars 1902) :

En proie à un accès de folie furieuse, un ancien charretier, M. Louis Launay, âgé de quatre-vingt-six ans, se saisissait, hier soir, vers dix heures et demie, de sa petite-fille Jeanne, âgée de sept ans, et tentait de la jeter dans la cour, de la fenêtre du logement qu'il habite, au deuxième étage, dans une maison de la rue Sibuet, numéro 26.

Sa femme et sa fille, s'interposant, lui arrachèrent l'enfant des mains, non sans avoir reçu force horions du malheureux fou.

Exaspéré, ce dernier se rua alors sur le mobilier qu'il mit en pièces.

Attirés par le bruit, des voisins allèrent chercher des agents, qui conduisirent l'aliéné au poste de police, d'où il fut envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt.

35. *Double tentative de meurtre.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 18 mars 1902) :

Un ouvrier cordonnier, Antoine Chapel, âgé de cinquante-

©BIUM

cinq ans, demeurant 12, rue Eugène-Suë, eet devenu subitement fou, hier après-midi. A sept heures du soir, armé d'un revolver, il s'est rendu, 65, rue de la Verrerie, où habite une dame Marie S..., trente-six ans, ménagère, avec laquelle il a vécu maritalement pendant plusieurs années. M^me^ S... se trouvait en compagnie de sa fille, Rosa, âgée de vingt-trois ans, qui est concierge de l'immeuble.

Le fou déchargea les six coups de son arme sur les deux femmes. M^me^ Marie S... fut blessée à la main droite. Sa fille fut atteinte à la tête par un projectile.

Toutes deux ont dû être immédiatement transportées à l'Hôtel-Dieu.

Le fou a opposé une résistance acharnée aux personnes qui l'ont arrêté. Il a encore tiré sur elles cinq coups de revolver sans, heureusement, faire de nouvelles victimes.

Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale.

36. *Un aliéné incendiaire.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 23 mars 1902) :

« On a arrêté à New-York un nommé Farrelly, garçon d'ascenseur de l'hôtel Astor, qui a avoué lui-même avoir allumé depuis deux ans une vingtaine d'incendies qui ont éclaté dans cet hôtel ou sur divers autres points de New-York. Ce pyromane n'avait d'autre but, en agissant ainsi, que de se distinguer comme sauveteur, de poser en héros et de gagner l'estime et les gratifications de ses chefs. Dans presque tous ces incendies il a été blessé en jouant ce rôle qui a fini par le rendre suspect. Farrelly, qui est âgé de vingt-sept ans, a été enfermé comme maniaque. »

37. *Obsession du suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du mardi 25 mars 1902) :

Un chauffeur, M. Jean Labouchère, âgé de quarante-deux ans, demeurant 198, rue de Charenton, était depuis longtemps atteint de sombres idées. Souvent il disait, à qui voulait l'entendre, que la vie lui était à charge, et qu'un jour ou l'autre il se libèrerait de son triste fardeau en se donnant la mort.

Or, le brusque changement de température, le printemps, perturbèrent davantage les idées du pauvre homme, et les propos qu'il tenait fréquemment se changèrent en dangereuse manie. Labouchère voulait mourir, tel était son désir; et il y a quelques jours, il tenta, pour une première fois, de se donner la mort en absorbant le contenu d'une fiole de teinture d'iode, mais ses parents le surprirent et intervinrent à temps pour soigner le désespéré et empêcher le toxique d'accomplir son œuvre.

Guéri, après une nuit passée à l'hôpital Saint-Antoine, le chauffeur jura d'abandonner son funeste projet.

©BIUM

Cependant, hier matin, profitant du beau temps, il se promenait en compagnie de sa petite fille, une charmante enfant de six ans, lorsqu'en passant sur le pont de Bercy, il lâcha l'enfant et se précipita dans le fleuve.

Cette fois encore, sa tentative échoua : deux pêcheurs et un brigadier d'octroi, qui se trouvaient sur la berge, se jetèrent aussitôt à la nage et ramenèrent Jean Labouchère sain et sauf.

Pourtant, le soir même, vers huit heures, M^me^ Labouchère, inquiète de ne pas voir son mari, le chercha dans l'appartement et ne tarda pas à le trouver, dans la chambre à coucher, étendu à terre, ne donnant plus signe de vie. Il s'était tranché les veines du bras gauche avec un rasoir.

Cette tentative, plus grave que les précédentes, mettait la vie du désespéré en danger. On le transporta de nouveau à l'hôpital Saint-Antoine, où il fut admis, salle Broca.

38. *Un fou incendiaire.* — Les locataires du 110 de la rue Cambronne avaient remarqué depuis longtemps les allures bizarres d'une dame Jousselin et de son fils, Eugène Jousselin, âgé de trente-six ans, habitant un appartement au second étage. M^me^ Jousselin, qui était la veuve d'un porteur de dépêches, tué pendant la guerre de 1871, vivait des revenus d'un bureau de tabac. Comme la mère et le fils menaient une vie retirée, qu'ils frayaient peu avec les voisins, on ne s'inquiéta pas autrement des signes de dérangement cérébral qu'ils donnaient.

Or, hier, dans l'après-midi, on vit une fumée épaisse sortir par la fenêtre de l'appartement de M^me^ Jousselin. On se précipita pour lui porter secours. Mais il fallut enfoncer la porte pour pénétrer chez elle.

Au milieu du salon brûlait un monceau de papiers et de meubles brisés. Dans un coin de la pièce, Eugène Jousselin, accroupi, regardait ce bûcher avec des yeux égarés.

Le malheureux, devenu subitement fou, avait brisé le mobilier, déchiré les toiles qu'il avait peintes — car il s'occupait de peinture en amateur — et il y avait mis le feu. Sa mère l'avait laissé faire sans la moindre observation.

Quand on eut éteint le commencement d'incendie qui avait été communiqué à l'appartement par les meubles enflammés, on voulut conduire la mère et le fils à l'infirmerie du Dépôt. Il fallut engager avec eux une lutte terrible. Ce n'est qu'après les avoir ligotés qu'il fut possible de les mettre dans un fiacre. (Le *Temps*, numéro du mercredi 26 mars 1902.)

39. *Un fou qui tue sa femme.* — Sous ce titre, le *Journal* (numéro du vendredi 28 mars 1902) publie le fait suivant dont le récit lui est envoyé par son correspondant de Mende :

©BIUM

Un drame horrible vient de se passer à Ispagnac. Un individu, nommé Almès, qui avait donné des signes d'aliénation, fut conduit chez un docteur, qui prescrivit un traitement à l'hospice de Florac.

On eut le tort de laisser rentrer ce fou chez lui.

Quelques heures après s'être couchés, les voisins entendaient des cris et des appels. Les enfants se précipitaient hors de la maison en disant que leur père tuait leur mère.

Personne n'osa pénétrer dans la maison ; on alla quérir le garde champêtre et, lorsqu'il entra dans la chambre, il vit le cultivateur, pieds nus, sur le cadavre de sa femme, égrenant un chapelet et disant qu'il était parvenu à vaincre les diables qui se trouvaient dans le corps de la malheureuse.

Il n'opposa aucune résistance aux hommes qui le ligotèrent, et il fut transporté à l'hospice de Florac.

TRIBUNAUX

Le secret professionnel en médecine mentale. — La 4e chambre de la Cour d'appel d'Aix, sous la présidence de M. Mallet, a rendu, le 19 mars 1902, un arrêt très intéressant dans une affaire des plus délicates.

M. le Dr A..., médecin de la préfecture des Bouches-du-Rhône, spécialement chargé de l'examen des aliénés internés par mesure administrative, avait été appelé à constater l'état mental d'un M. D..., employé, dont la raison paraissait avoir été quelque peu altérée. Après examen, l'honorable praticien conclut qu'il y avait lieu de placer dans un asile M. D..., qui fut interné conformément aux prescriptions légales qui régissent la matière.

Après un internement assez court, M. D..., mis en liberté, demandait le divorce, et le principal grief qu'il articulait était son placement à l'asile d'aliénés, qu'il accusait sa femme d'avoir obtenu par intrigue. C'est pour se défendre de ce grief que la dame D... avait appelé en témoignage le Dr A..., et c'est comme témoin, après avoir prêté serment de dire toute la vérité, que le Dr A... avait cru de son devoir de raconter tous les faits, autant pour disculper Mme D..., que pour défendre l'administration préfectorale qui avait ordonné l'internement.

M. D... assigna alors devant la juridiction correctionnelle le Dr A.., pour avoir contrevenu à l'article 378 du Code pénal.

Le tribunal de Marseille débouta de ses conclusions en dommages-intérêts de 20.000 francs M. D..., et acquitta purement et simplement le Dr A...

La Cour, après avoir entendu les plaidoiries de Me Jouve pour M. D..., appelant de cette décision, et Me Aubin, avocat

©BIUM

du médecin, a réformé le jugement frappé d'appel, et jugeant en droit, par un arrêt assez longuement motivé, a décidé qu'il y avait eu de la part du Dr A... violation du secret professionnel.

Nous publions cet arrêt intégralement, à cause de son intérêt, et nous remercions notre collègue, M. le Dr Ph. Rey, médecin-directeur de l'asile d'Aix, de nous en avoir procuré une copie.

« Attendu que le sieur A... est poursuivi par le sieur D... pour violation du secret professionnel, à raison d'une déposition par lui fournie dans une enquête ordonnée par le Tribunal civil de Marseille, au cours d'une instance en divorce introduite par ledit D... contre la dame P..., son épouse ;

« Qu'il a bénéficié en première instance d'un acquittement ;

« Mais que le jugement qui l'a relaxé ayant été frappé d'appel, la Cour a actuellement à examiner si elle doit le maintenir ou le réformer. Attendu que la demande en divorce du sieur D... était fondée sur ce que son épouse, dans un but de cupidité, avait voulu le faire passer pour fou et l'avait fait enfermer à l'asile des aliénés de Marseille ; attendu que le Dr A... avait été tout d'abord chargé par la dame D... d'examiner le sieur D... au point de vue de son état mental et avait ensuite, comme médecin de l'administration, instruit la demande d'internement que la dame D... avait adressée à la Préfecture en vérifiant le mérite du certificat médical et du procès-verbal de police dont elle était accompagnée ; que plus tard, le sieur D... s'étant évadé de l'asile où il avait été placé, le Dr A... avait été consulté par la dame D... sur le point de savoir s'il n'y avait pas lieu de faire ordonner, une seconde fois, l'internement de son mari, et avait reçu à cette occasion ses confidences au sujet de faits rendant cet internement indispensable et dont quelques-uns, déjà anciens, étaient d'une gravité telle qu'elle avait cru jusqu'à ce moment devoir se taire ;

« Attendu que le prévenu, au lieu d'imiter le mutisme de ses collègues cités comme témoins dans la même enquête et qui se sont retranchés, pour ne pas parler, derrière leurs obligations professionnelles, s'est expliqué avec détails sur tout ce qu'il avait appris ou observé concernant le sieur D... et a affirmé, avec une énergie qui n'est pas de mise en pareille matière, que celui-ci était atteint d'une aliénation mentale caractérisée, dont il a indiqué le nom scientifique, l'origine et les manifestations ; que c'est là un diagnostic qui, d'après les documents versés au dossier, prête à controverse ou tout au moins est empreint d'un pessimisme exagéré ; que dans tous les cas, il était du devoir du Dr A... de le taire ;

« Que l'article 378 du Code pénal prescrit aux médecins de garder pour eux les secrets dont leur profession les rend dépo-

©BIUM

sitaires ; qu'il faut entendre sous le mot de secret, non seulement ce qui leur a été confié, mais tout ce qui leur a été donné de connaître dans l'exercice de leur art, sous la seule condition que la divulgation en puisse être préjudiciable à autrui ;

« Que c'est là une règle d'ordre public qui n'admet aucune restriction et ne cède devant aucune considération ; qu'elle prime l'obligation où est le témoin de dire tout ce qu'il sait sur le fait que son témoignage a pour objet d'éclaircir ; que dans ce conflit entre deux devoirs, c'est l'inviolabilité du secret professionnel qui l'emporte ; que, cité comme témoin, le médecin est obligé de se taire, alors même que la partie intéressée l'invite à parler ; que dans l'espèce il y a lieu de remarquer que le Dr A... a été appelé comme témoin à la requête de la dame D..., mais que celle-ci n'avait pas eu recours à son ministère pour son propre compte, mais pour le compte de son mari, de telle sorte que ce dernier seul était intéressé au silence du docteur et ne l'avait jamais autorisé à se départir de la discrétion qui lui était imposée ; qu'en outre, les révélations du docteur étaient entièrement dommageables pour le plaignant et pour sa fille âgée de seize ans ;

« Attendu que les premiers juges ont basé leur décision sur ce que le sentiment du Dr A... touchant l'aliénation mentale du sieur D... n'était un secret pour personne, puisque celui-ci ayant été interné comme aliéné, cette mesure n'avait pu être prise que sur un rapport favorable du prévenu, médecin délégué de la Préfecture ;

« Mais qu'il y a lieu de répondre que le prévenu ne s'est pas borné à reproduire l'avis qu'il avait émis à ce sujet, mais y a beaucoup ajouté ; qu'il n'a rien caché, en outre, de ce qu'il a vu et constaté comme médecin choisi par la dame D..., et n'avait pas même craint de divulguer l'acte particulièrement répugnant dont celle-ci avait fait la confidence tardive et qui par sa nature commandait le silence sans qu'il fût besoin d'une recommandation spéciale ;

« Attendu que les premiers juges ont ajouté que dans un débat roulant sur l'état mental du sieur D..., celui ci ne pouvait prétendre à la fois faire une preuve à cet égard et, d'autre part, empêcher la preuve contraire qui aurait été réservée à son épouse ; que le reproche ne serait mérité que si le plaignant réclamait une situation privilégiée ; mais que telle n'est pas sa prétention. Il a cherché à établir sa demande dans des conditions régulières, et il ne fait qu'user d'un droit en demandant que la partie adverse n'emploie au soutien de sa cause que des moyens licites ;

« Attendu que le jugement dont est appel fait valoir que le prévenu, dont la probité professionnelle avait été mise en suspicion, était autorisé à fournir toutes les explications nécessaires

©BIUM

à sa défense ; que c'est là une considération qui vaut comme atténuation, mais qui est inefficace au point de vue de l'existence du délit ; qu'au surplus, les circonstances atténuantes abondent en faveur du Dr A..., à la bonne foi et à l'honorabilité duquel la partie plaignante elle-même n'a pu s'empêcher de rendre hommage. Le mobile qui l'a fait agir n'est pas seulement l'intérêt de sa défense personnelle, mais encore et surtout, en l'état de la conviction profonde qui l'anime au sujet de la maladie dont, suivant lui, le sieur D... serait atteint, le désir d'éclairer la justice et de lui permettre d'apprécier comme il convient le litige dont elle est saisie ;

« Attendu que le ministère public n'ayant point émis appel du jugement qui acquitte le prévenu, la Cour n'a aucune peine à prononcer et doit se borner à statuer sur les conclusions de la partie plaignante tendant à faire condamner le prévenu aux dépens pour tous dommages-intérêts et à faire en outre ordonner que sa déposition ne soit pas lue à l'audience ;

« Attendu que la Cour empiéterait sur le domaine de la juridiction saisie du procès en divorce, qui est pendant entre le sieur D... et son épouse, en décidant si la déposition du Dr A... doit oui ou non être lue à l'audience ; qu'il n'y a pas lieu, en conséquence, d'accueillir de ce chef les conclusions du plaignant ;

« Par ces motifs, la Cour, faisant droit à l'appel du sieur D..., dit et déclare le sieur A... dûment atteint et convaincu d'avoir, le 26 octobre 1901, comparaissant comme témoin à Marseille devant M. Toselli, juge-commissaire délégué à une contre-enquête dans un procès de divorce entre le plaignant et son épouse, révélé dans sa déposition des secrets qui ne lui avaient été confiés qu'à raison de sa profession de médecin, délit prévu et puni par l'article 378 du Code pénal. Et statuant sur les conclusions de la partie plaignante, le condamne aux dépens pour tous dommages-intérêts ; déboute la partie civile du surplus de ses conclusions ; condamne ladite partie civile aux dépens envers l'Etat, sauf son recours contre le Dr A..., qui doit les supporter en définitive. »

Un violateur de cadavres. — Nous avons rapporté, dans le dernier numéro des *Annales* (page 344), le fait de ce fossoyeur d'Anthy (Haute-Savoie), nommé François Mathieu, âgé de soixante et un ans, qui, le 29 janvier dernier, fut surpris par plusieurs personnes, tandis qu'il violait le cadavre d'une vieille femme de soixante-douze ans enterrée le jour même. Traduit devant le tribunal correctionnel de Thonon, pour outrage public à la pudeur et violation de sépulture, ce vieux satyre, qui invoquait l'ivresse pour sa décharge, a été condamné à deux ans de prison, maximum de la peine.

©BIUM

FAITS DIVERS

Le quartier spécial de Gaillon. — Le ministre de l'intérieur vient de prendre une décision suivant laquelle le quartier spécial d'aliénés et épileptiques de Gaillon, installé dans une des dépendances de l'ancienne maison centrale, cessera, à dater du 1er janvier 1903, de faire partie des services de l'administration pénitentiaire, pour dépendre, comme établissement national de bienfaisance, des services de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Du transfert des aliénés de l'Algérie en France. — Depuis longtemps, on a fait ressortir les inconvénients sans nombre qu'il y a à transférer les aliénés de notre colonie algérienne en France, et l'inéluctable nécessité de créer un asile spécial en Algérie. Le fait suivant, entre nombre d'autres, vient corroborer et ces inconvénients et cette nécessité ; nous l'empruntons au *Matin* (numéro du samedi 8 février 1902) :

« A bord de *la Ville d'Oran*, paquebot de la Compagnie transatlantique, arrivé de Bône, se trouvait un aliéné arabe, envoyé à l'asile de Marseille. Au cours de la traversée, cet individu réussit, pendant la nuit, à briser sa camisole de force et à se précipiter sur son gardien, nommé Milhaud, auquel il asséna sur la tête plusieurs violents coups d'une pièce de bois. Ce forcené fut aussitôt maîtrisé par des hommes de l'équipage. Mais, à l'arrivée à Marseille, le gardien, qui est grièvement blessé, a dû être admis à l'Hôtel-Dieu. »

Suicide étrange. — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 21 mars 1902) :

« Un ouvrier sans travail s'est suicidé mercredi, à Bruxelles, d'une façon extraordinaire. Après avoir éloigné sa femme et son enfant, il a chargé, au moyen de poudre, de cartouches de revolver et de morceaux de fer un petit canon sans affût, puis il a posé le canon sur la table, s'est placé devant et a mis le feu à la poudre. Il a eu la tête littéralement emportée. »

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS ET SPÉCIALEMENT DE LEUR ASSISTANCE FAMILIALE.

Le Comité d'organisation de ce Congrès, qui se tiendra à Anvers du 1er au 7 septembre 1902, sous la présidence d'honneur de M. Van den Heuvel, ministre de la Justice, vient de faire paraître la circulaire suivante :

« Au dernier Congrès international de l'Assistance fami-

©BIUM

liale, tenu à Paris en octobre 1901, la section psychiatrique dut constater que le travail considérable qu'elle venait d'entamer ne pouvait être mené à bonne fin que par la constitution indépendante d'une nouvelle session, où les problèmes pourraient être soumis à un examen plus approfondi.

« Cette nouvelle session aura lieu du 1er au 7 septembre prochain, à Anvers. Elle sera consacrée à l'étude de *l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale*.

« L'asile fermé est actuellement le principal mode d'assistance des aliénés. Le nombre de ceux-ci est trop élevé pour qu'on puisse songer à les placer tous autrement. Du reste, beaucoup d'entre eux ont besoin d'un traitement régulier et d'une surveillance suivie, que l'asile fermé est seul capable de leur fournir. Aussi ces refuges ne se comptent-ils plus ; on en construit de nouveaux tous les jours. L'on agrandit ceux qui existent ; on les modifie dans leur forme extérieure : on construit des quartiers indépendants, des cottages, des fermes-asiles, des colonies de travail. Le régime intérieur a été adouci : on donne aux malades des occupations, des distractions, des fêtes, un plus grand degré de liberté, des sorties à titre d'essai ; pour quelques-uns mêmes les portes restent ouvertes. Ce sont là les signes d'une louable tendance à se rapprocher de la vie sociale.

« Gheel, où des centaines de malades jouissent depuis des siècles de la liberté et de la vie de famille, Gheel fut considéré longtemps comme une simple curiosité, un singulier village.

« L'exemple de l'Ecosse, qui applique depuis de longues années l'assistance familiale à de nombreux malades, ne trouva pas d'imitateurs. Une croisade passionnée, dont le Dr Baron Mundy fut le Pierre l'Ermite, ne réussit pas à fixer d'une manière durable l'attention des médecins et des administrateurs, et l'internement des aliénés resta la règle générale.

« Le flot de la folie montant toujours, on se trouva en face de l'encombrement général, avec tous ses inconvénients. Il fallut s'imposer de nouveaux efforts. Les dépenses augmentaient, menaçant l'équilibre des budgets.

« On finit par se dire qu'il y a des malades qui ne sont pas dangereux, qui n'ont besoin ni d'un traitement, ni de soins spéciaux, et qui ne demandent qu'à vivre dans la société. Depuis vingt ans, des essais d'application du patronage familial se font un peu partout. La Belgique a reproduit à Lierneux le modèle de la colonie de Gheel ; la Russie est depuis longtemps ralliée au système ; la France a fondé les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château ; la Prusse construit des asiles spéciaux auxquels elle annexe des colonies ; des pays limitrophes se préparent à l'imiter ; l'Autriche a mis pratiquement ce système à l'étude ; la Hollande entre, timidement en-

©BIUM

core, dans la voie, et l'Amérique du Nord continue des expériences qui se font dans les conditions les plus désavantageuses.

« Le patronage familial des aliénés fait donc sa trouée ; il prend la place à laquelle il a droit comme mode particulier d'assistance. C'est bien le moment de provoquer une réunion de tous ceux qui s'intéressent à la question.

« On pourrait croire que le sujet est trop restreint pour fournir de la matière aux discussions d'un congrès spécial ; mais ses limites sont plus étendues qu'on pourrait se l'imaginer. Quelle est la valeur de l'assistance familiale au point de vue scientifique, humanitaire, financier? Quels sont les malades appelés à en bénéficier ? Comment doit-on s'y prendre pour fonder, pour organiser administrativement et scientifiquement de nouvelles colonies ? Où trouver, comment former les populations qui se chargeront de soigner des aliénés ?

« L'assistance familiale embrasse aussi les malades qui sont soignés dans leurs propres familles avec ou sans surveillance des autorités. Car, s'il y a certainement des aliénés qu'on enferme sans nécessité, il y en a dont l'internement est désirable. Ce côté de la question intéresse non seulement les familles elles-mêmes, mais aussi les législateurs et les autorités judiciaires ; c'est le cas, par exemple, pour la Belgique, où les juges de paix ont à visiter les aliénés séquestrés à domicile dans leurs cantons.

« Il est impossible d'examiner le régime des colonies sans toucher directement au régime des asiles fermés. C'est pour cette raison que la commission organisatrice s'est cru autorisée à étendre le programme du Congrès. Tout en portant spécialement son attention sur l'assistance familiale, elle n'a voulu exclure aucune des questions qui peuvent intéresser l'assistance des aliénés en général.

« L'utilité de notre Congrès ressort donc de son actualité, ainsi que du nombre et de l'importance des questions que soulève l'étude du patronage familial ; aussi espérons-nous que les médecins en général, les aliénistes, les hommes de loi, les philanthropes, assisteront en grand nombre à ces assises consacrées à l'étude des intérêts les plus élevés de la science et de l'humanité. Il ne s'agit pas d'établir la supériorité de tel ou tel système, mais de prendre partout ce qu'il y a de bon et d'en faire profiter les aliénés. »

Les adhésions et les communications doivent être adressées au Dr F. Sano, secrétaire général du Comité d'organisation, 2, rue Montebello, à Anvers.

La cotisation, qui est de 20 francs, pourra être envoyée soit au secrétariat général, soit chez le trésorier général, M. Edmond Pauwels, 13, avenue Charlotte, à Anvers.

©BIUM

Les questions posées à l'ordre du jour et le détail des excursions que le Congrès fera aux colonies d'aliénés de Gheel et de Lierneux, seront communiqués incessamment.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

Session de Grenoble. Août 1902.

Le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra, du 1er au 8 août prochain, à Grenoble, sous la présidence de M. le Dr E. Régis, professeur de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Le programme comprendra :

1° Questions mises à l'ordre du jour :

Pathologie nerveuse : *Les tics en général*. Rapporteur : M. Noguès (de Toulouse).

Pathologie mentale : *Des états anxieux dans les maladies mentales*. Rapporteur : M. Lalanne (de Bordeaux).

Médecine légale : *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal*. Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Les rapports seront adressés aux adhérents du Congrès pour le 1er juillet au plus tard.

2° Lectures. — Présentations. — Travaux divers ;

3° Visite de l'Asile d'aliénés de Saint-Robert ;

4° Banquets ;

5° Excursions à la Grande-Chartreuse et à La Mure ;

6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

(Le programme précis du Congrès sera envoyé ultérieurement.)

Prix de la cotisation : 20 francs.

Adresser, dès maintenant, les adhésions et cotisations au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr Bonnet, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère).

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVe VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Pathologie.

PAGES

Sur les psychoses chez les Juifs ; par le Dr Pilcz 5
Suicide et folie (*suite*) ; par le Dr Viallon. . . . . 21, 219 et 379
Du langage chez les idiots (*suite et fin*) ; par le Dr L. Maupaté 37, 230 et 440
De la propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés ; par le Dr Anglade 50
L'examen des malades atteints de paraphasie ; par le Dr G. Saint-Paul 177
Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile ; par le Dr Paul Massoin. 211
Les hallucinations unilatérales (1er *article*) ; par le Dr G. Séglas. 353
Un cas de polynévrite et de psychose polynévrytique (maladie de Korsakoff), à la suite d'anthrax, dans le cours d'une psychose mélancolique aiguë ; par les Drs Serge Soukhanoff et B. Tchelzoff. 369
Un cas de glycosurie avec mélancolie et impulsions érotiques ; par le Dr Ed. Cornu 393

II. — Thérapeutique.

De l'emploi du phosphate de codéine en pathologie mentale ; par le Dr P. Dheur. 414

III. — Législation.

De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être ; par le Dr Samuel Garnier (*suite*) 59

IV. — Revue critique.

Documents d'outre-mer ; par le Dr A. Cullerre. 72

©BIUM

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I.—Société médico-psychologique.

PAGES

Séance du 22 octobre 1901.— Correspondance et présentations d'ouvrages: MM. Ferrari, Truelle, Colombani, Moulin, Funaioli, Roubinovitch et Philippet. — Un cas d'hypocondrie terminé par la mort, par M. Paul Sollier. Discussion: MM. Toulouse, Sollier, Arnaud.— Le dermographisme chez les aliénés, par MM. Séglas et Darcanne. Discussion : MM. Toulouse, Briand, Séglas, Doutrebente, Arnaud, Dupain, Joffroy. 83

Séance du 25 novembre 1901.—Correspondance et présentation d'ouvrages : Mlle Tobolowska, MM. Lalanne, Marro, Nina-Rodrigues, Mœbius, Julien Morel, Febvré et Picqué. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Truelle ; élection. — Kyste hydatique ostéo-fibreux du cerveau, par M. Aug. Vigouroux. — Réveil grave d'une syphilis ancienne sous l'influence de l'alcool, par MM. Legrain et Guiard. — Du délire de grossesse, par MM. Toulouse et Marchand. Discussion : MM. Magnan, Taguet, Legrain, Toulouse, Christian, Briand, Arnaud, Dupain, Sérieux, Febvré. 250

Séance du 30 décembre 1901. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Truelle, Dupré, Vigouroux, van Deventer, Pons, Colombani, Knopf, Massalongho, Christian et Mabille. — Election du bureau pour 1902.— Rapport de M. Febvré sur la candidature de M. Lalanne ; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Marro ; élection.—Application de la méthode psychothérapique au traitement d'une morphinomane présentant des lésions cardiaques graves, par M. A. Joffroy. Discussion : MM. Magnan, Joffroy, Ballet, Arnaud, Raffegeau, Boissier, Thivet 261

Séance du 27 janvier 1902. — Installation du bureau : MM. Joffroy, Motet.—Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Marie, Lalanne, Marro.— Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1902 et nomination de la commission du prix Aubanel. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. Pons ; élection. — Rapport de M. Febvré sur la candidature de M. Colombani ; élection.— Sur les causes et la prophylaxie de la folie. Rapport sur un travail de M. le professeur Funaioli, de Sienne : M. Arnaud. —De la législation sur les aliénés au Brésil. Rapport sur un travail de M. Nina-Rodrigues : M. Dupain. —L'art et les artistes. Rapport sur un ouvrage de M. Möbius : M. Roubinovitch. 274

Séance du 24 février 1902. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Motet, Gilbert Ballet, Pons, Colombani, Jean Philippe, Massalongho, Moreau (de Tours). — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. van Deventer; élection. — Le traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle et la fonction des pyramides chez l'homme. Rapport sur des travaux de M. Pilcz : M. Chaslin. — Les psychoses à base d'interprétations délirantes, par MM. P. Sérieux et J. Capgras. 435

Séance du 24 mars 1902. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Pierre Janet, van Deventer, Edwin Goodall, Benjamin Semidolow, Ruggero Tambroni, Miguel Bombarda. — Rapport de la commission des finances : M. J. Christian. — Rapport de M. Blin sur les candidatures à une place de membre

©BIUM

PAGES

titulaire ; élection de M. Dupré. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Jean Philippe ; élection. — La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste. Rapport sur un travail de M. Jul. Morel, de Mons : M. Vallon. — Représentations figurées et jeux masochistes, par M. Trénel. — Le cinquantenaire de la Société médico-psychologique : MM. Ritti, Motet. . 481

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1899)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Les mélancoliques. Etude clinique 300
Analgésie du cubital chez les aliénés 300
Cas d'hérédité progressive. 301
Toxicité du sang dans l'épilepsie 301
Mysticisme et folie. 301
Psychoses d'auto-intoxication 301
Délire systématique primitif d'auto-accusation. 302
L'idée fixe. 302
Double centre d'innervation corticale oculo-motrice 303
De l'apoplexie progressive; de sa valeur en tant que syndrome anatomo-clinique spécial. 303
Cas de confusion mentale post-opératoire. 304
Hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme 304
Hystérie de l'enfance 304
Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. 304
Travail et alitement dans le traitement des maladies mentales. Notice historique 305
Dégénérescence et stigmates mentaux; malformation de l'ectoderme ; myoclonie épisodique ; acromégalie possible 305
Lèpre et aliénation 305
Chorée variable des dégénérés 306
Quatre observations de tremblement. 306
Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès. 306
Note sur l'hystérie droite et sur l'hystérie gauche 307
Sur les lésions cellulaires corticales observées dans six cas de troubles mentaux toxi-infectieux. 308
Lésions tabétiformes dans la paralysie générale 309
Thérapeutique ovarienne chez les épileptiques. 309
Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs épileptiques. 310
Paralysie générale juvénile et épilepsie. 310
Pouls et température dans les vertiges épileptiques 310
Cas de dipsomanie morphinique 310
Pseudo-paralysie générale arthritique. 311
Manie de l'adolescence avec nymphomanie; guérison. 311
Cas d'état de mal épileptique 312
Instabilité mentale; hérédité très chargée ; traitement médico-pédagogique; guérison 312
Astasie-abasie 312
L'hérédité dans la syphilis 312
Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses. 313
De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication 313

©BIUM

PAGES

Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique. . 313
Le bleu de méthylène comme hypnotique. 314
De quelques accidents nerveux observés au cours du petit brightisme 314
De l'éosinate de sodium dans le traitement de l'épilepsie et des accidents qu'il produit. 314
Une fausse mystique (affaire Augustine Pépé). 315
L'alcoolisme et son remède 315
L'hystérie dans le mariage. 316
L'impuissance dans le mariage. 316
Les accidents nerveux du cancer. 317
Le vertige paralysant ou kuleisagari (maladie de Gerlier) 318
Effet curatif de la démorphinisation sur les affections autres que la morphinomanie. 319
Les accidents épileptiformes généralisés au cours de l'hémiplégie. 319
Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie sensorielle 320

JOURNAUX ITALIENS (1898-1900)

(Anal. par les Drs ANGLADE, CHARON et TATY.)

Altérations des éléments du système nerveux central dans l'insomnie expérimentale 103
Altérations cadavériques de la cellule nerveuse étudiées par la méthode de Nissl 104
Démence paralytique chez les pellagreux. 105
Centre psycho-moteur des muscles de la partie supérieure de la face. 106
Caryocinèse des cellules nerveuses 106
Physiologie du sympathique. 108
Altérations des cellules nerveuses dans l'hyperthermie expérimentale. 109
Centre cortical du tonus du muscle sphincter externe de l'anus. 110
Observation de psychose polynévritique d'origine tabagique. . . . 111
Considérations sur la structure du noyau des cellules nerveuses. . 113
Modifications morphologiques fonctionnelles dans les dendrites des cellules nerveuses. 114
Variations de la quantité du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies. 115
Structure des cellules des ganglions spinaux chez le chien 117
Modifications morphologiques des cellules nerveuses des animaux à sang froid, pendant l'hivernage. 117
Passage du bleu de méthylène à travers le filtre rénal dans diverses formes de psychoses. 118
Relations entre le tonus musculaire, la contracture et l'état des réflexes 120
Le neurone du ganglion ciliaire et les centres des mouvements pupillaires 120
L'indicanurie dans les phrénoses pellagreuses et dans les états psychiques dépressifs. 121
Le repos au lit chez les aliénés. 121
Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur l'idiotie. 122
Hémiplégie avec douleurs et accès de rire spasmodiques par ramollissement du noyau lenticulaire. 122
Cas d'arrêts multiples de développement 123
Recherches expérimentales sur les lésions anatomo-histologiques du système nerveux consécutives à l'empoisonnement par le curare. 123

©BIUM

PAGES

Contribution anatomo-clinique à la casuistique des gliomes cérébraux et à l'étude des fonctions des lobes frontaux. 123
Terminaisons nerveuses des papilles cutanées et du stratus subpupillaire dans les régions plantaires et digitales du chien, du chat et du singe. 124
Altérations rencontrées dans la myosite aiguë expérimentale produite par une variété de staphylocoque. 125
Psycho-pathologie du palais 125
Altérations du mouvement chez les épileptiques dans les périodes intervallaires 126
Altérations du système nerveux dans un cas de phrénose pellagreuse. 126
Emphysème diffus sous-cutané dans un cas de mélancolie agitée. 127
La maladie des tics. 320
Suicide à deux chez les adolescents. 321
Contribution à l'étude clinique du tabes 322
Epilepsie auto-toxique d'origine hépatique 322
Rapports étiologiques entre le rêve et la folie. 323
Contribution à l'étude de la paralysie spasmodique cérébrale infantile 324
Un cas d'hystérie masculine. 324
Modifications des perceptions visuelles sous l'influence des sensations gestatives simultanées. 325
Valeur psychologique de l'énigme. Enquête sur l'idéation populaire. 325
Un cas de myasthénie pseudo-paralytique à cours rapide, terminé par la guérison 326
Episode paranoïque prodromique d'attaque épileptique. 326
Anatomie pathologique et pathogénie du délire aigu. 326
Syndrome simulant la maladie d'Erb-Goldflamm. 327
Un retour sur la prétendue image visuelle cérébrale 327
Considérations sur la syphilis cérébrale et la paralysie générale vraie 328
Obsessions et idées fixes 328
Recherches sur la structure et la myélinisation du cervelet humain. 328
L'odorat chez la femme. 328
Contribution à l'étude des encéphalites non suppurées. 328
Phénomènes hystériques chez les pleurétiques. 329
Criminalité précoce (kleptomanie) 329
Tonicité des urines dans les équivalents épileptiques. 329
Evolution des délires et ses rapports spéciaux avec les affaiblissements psychiques consécutifs 330
Cas de paralysie générale chez l'enfant d'une mère tabétique paralytique 331
Deux sœurs microcéphales 332
Contribution à l'étude des dysphrénies névralgiques. 332

JOURNAUX ALLEMANDS (1899).

(Anal. par le Dr Al. ADAM.)

Cas remarquable de sommeil pathologique. 493
Réflexes pupillaires provoqués par l'attention. 494
Paralysies faciales à récidive 494
Phénomène pupillaire non encore décrit. 495
Abus de l'éther dans la Prusse orientale 496
Phénomènes pupillaires nouveaux 497
Cas de tabes avec paralysie bulbaire. 498
Nouvel algésimètre. 498
De la paranoïa aiguë. 499
Incontinence d'urine dans le rire. 500

©BIUM

PAGES
Phénomène palpébral de la pupille 501
Réflexes pupillaires de représentation 502
Ataxie cérébrale aiguë 502
Le plus grand cerveau décrit jusqu'à ce jour 503
Signification des reflexes des orteils 504
Remarques sur les phénomènes des orteils 504
Réflexes pupillaires de représentation chez les aveugles 504

III. — Bibliographie.

Physiologie de l'Homme ; par le professeur Luigi Luciani (Anal. par J. Soury) 128
Les précurseurs de Lombroso ; par le Dr G. Antonini (Anal. par le Dr Nicoulau) 131
Démence précoce ; par le Dr Lorenzo Mandalari (Anal. par le Dr R. Charon). 136
Traitement de l'hypnotisme et la suggestion, ou psychothérapie ; par le Dr Lloyd Tuckey (Anal. par le Dr R. Cullerre).. 138
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Toulouse, pendant l'année scolaire 1901 (Anal. par le Dr V. Parant fils). 333
L'hédonal comme hypnotique chez les aliénés ; par le Dr Ant. d'Ormen (Anal. par le Dr R. Charon) 334
Projet de création d'un service spécial de police pour l'assistance des détenus alcooliques ; par le Dr F. de Veyga (Anal. par le Dr R. Charon). 334
De la régénérescence comme loi opposée à la dégénérescence morbide : par le Dr F. de Veyga (Anal. par le Dr R. Charon).. . . 335
L'hypnotisme scientifique ; par le Dr Crocq (Anal. par le Dr A. Cullerre). 335
Bulletin bibliographique . . . . . 139 et 336

IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Musin, Raviart, Thibaut, Denizet, Bresson, Pierret, Viallon, Papillon, Castin, Bonnier, Strauss, Druon, Dupain, Terrade, Maupaté, Doursout, Coulon. — Prix de l'Académie de médecine. — Recensement et secret médical. — De la responsabilité civile des aliénés criminels. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. 140
Nominations et promotions : MM. Magnan, Rueff, Bonnet, Chevalier-Lavaure, Marchand, Malfilâtre, Nicoulau, Wahl, Girma, Pierre Janet. — Nécrologie : Barbé-Guillard, Guilbert. — L'alcoolisme en Russie. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1903). 338
Nominations et promotions : MM. Lalanne, Charon, Marie, Gruhier, Dezwarte, Cuvelier, Bérillon, Dericq, Leroy, Mlle Villette. — Cinquantenaire de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. — Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Congrès de Grenoble, août 1901. 506
Table des matières du tome XV de la 8e série 523

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Marretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.