

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

*n° 16. - Paris: Masson, 1902.
Cote : 90152, 1902, n° 16*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1902x16>

ANNÉE 1900 — TOME I — N° 1 — JANVIER — 1900
— MÉDECINE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE —
— PSYCHOLOGIE CLINIQUE — TRAITEMENT —
— ALIÉNATION MENTALE — MÉDECINE LÉGALE —
— CRIMINALITÉ — DÉLITS — VIOLENCE —
— HISTOIRE DE LA MÉDECINE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE —
— MÉTIERS — SCIENCE —

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS À

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

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



RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

HUITIÈME SÉRIE — TOME SEIZIÈME

SOIXANTIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1902

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

CINQUANTENAIRE
DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(1852—1902).

SÉANCE SOLENNELLE DU 26 MAI 1902.

Présidence de M. MOTET.

La séance est ouverte à quatre heures.

Assistant à la séance, outre la majorité des membres titulaires, M. Joannès Martin (Suisse), membre associé étranger ; MM. Anglade (Alençon), Bernard-Leroy (Paris), Colin (Villejuif), Cullerre (La Roche-sur-Yon), Doutrebente (Blois), Gilbert Petit (Le Mans), Giraud (Saint-Yon), Lwoff (Ainay-le-Château), Lallemand (Quatremares), Lapointe, Masbrenier (Melun), Philippe (Paris), Rayneau (Orléans), Rist (Versailles), Thivet (Clermont), Trenel (Saint-Yon), Truelle (Dun-sur-Auron), Vigouroux (Vaucluse), membres correspondants.



Correspondance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, la lettre d'invitation à la fête jubilaire de notre société, qui nous réunit aujourd'hui, a été envoyée par le bureau à tous les membres de la Société médico-psychologique ; elle a reçu de tous le meilleur accueil. Je n'en veux pour preuve que les nombreuses lettres que nous avons reçues, les nombreux télégrammes qui nous sont parvenus. Télégrammes et lettres viennent de tous les points du globe, apportant les sympathies les plus vives pour notre Compagnie, avec les vœux les plus sincères pour notre prospérité. Nous avons tout lieu d'être fiers de ces manifestations flatteuses, et je suis heureux de les consigner dans le procès-verbal de cette séance qui marque une date heureuse de l'histoire de notre Société.

De l'Allemagne : M. Brosius nous écrit pour exprimer ses regrets de ne pouvoir assister à notre fête, mais envoie ses félicitations « pour nos grands travaux et succès » ; notre collègue termine sa lettre par ce vœu : *Vivat, floreat, crescat Societas medico-psychologica franco-gallica !* — M. le Professeur Tuczek, de Marbourg, « regrette d'être réduit à exprimer de loin ses félicitations à la Société, dont il ressent le très grand honneur d'être membre ».

D'Angleterre : M. John Sibbald, ancien *Commissionner in Lunacy* pour l'Ecosse, écrit : «... Je vous remercie infiniment de l'honneur que vous me faites par votre obligeante invitation à une fête où j'aurais rencontré tant d'amis et d'hommes célèbres auxquels je voudrais rendre mes hommages. Je voudrais aussi offrir à la Société l'assurance du plus haut respect de nos compatriotes. C'est la Société modèle que nous essayons d'imiter... »

M. Urquhart, de Murray house, Perth, nous écrit ses regrets ainsi que ses vœux de succès futurs.

D'Autriche-Hongrie : M. le professeur de Krafft-Ebing, de Vienne, nous dit qu'il sera en esprit avec nous, en ce jour, pour fêter « l'illustre Société à qui la Science et l'Humanité sont tant redevables » ; — M. Gustave d'Oláh, de Budapest, nous envoie ses saluts et ajoute : « Nous sommes persuadés ici, en Hongrie, que la source de toute culture psychiatrique se trouve aux bords de la Seine ; aussi nos regards se tournent vers Paris, comme ceux des mahométans vers La Mecque ; » — M. le professeur Pick, de Prague, pour nous prouver sa sympathie, nous envoie à l'occasion de notre cinquantenaire le manuscrit d'un important travail sur le trouble de la conscience dans les états post-épileptiques ; — M. Pilcz, de Vienne, regrette vivement que ses fonctions universitaires le privent du plaisir de venir à Paris pour assister au cinquantenaire de la Société médico-psychologique dont il est fier d'être membre associé étranger.

De Belgique : M. le professeur Francotte, de Liège, envoie ses excuses et ses regrets. « Il m'eût été agréable, » ajoute-t-il, de me trouver en cette occasion au milieu « de mes éminents collègues français et de donner par « ma présence un témoignage de la haute estime dans « laquelle je tiens la Société jubilaire ; » — M. le professeur Masoin, de Louvain, qui ne pourra, à son grand regret, être au milieu de nous que par la pensée, nous écrit : « On peut dire de la Société médico-psychologique de Paris qu'elle a tenu et dépassé toutes les « espérances qui entouraient son berceau, et qu'arrivée « à l'âge de cinquante ans, elle se trouve en pleine virilité. Aussi je suis heureux de lui adresser aujourd'hui « les plus sympathiques félicitations avec des remerciements où se mêle pour moi un double sentiment de gra-

« titude ; car, après avoir bien voulu jadis m'inscrire « dans ses rangs, votre illustre Société a récemment « reçu mon fils aîné, honoré comme moi par vos suf- « frages » ; — M. Jul. Morel, de Mons, au milieu des vives préoccupations que lui donne la maladie de son fils — préoccupations que nous partageons — a trouvé le temps de nous envoyer son salut confraternel et ses félicitations les plus cordiales à l'occasion de cette fête jubilaire. « Puissent nos vœux, écrit-il, contribuer à la « prospérité toujours croissante de la Société médi- « psychologique ; » — M. Peeters, de Gheel, nous envoie de loin, mais de tout cœur, les vœux qu'il forme pour que l'avenir de notre Compagnie soit aussi brillant que son passé.

Du *Canada* : M. E. Philippe Chagnon, médecin de l'asile Saint-Jean de Dieu, Longue-Pointe, près Montréal, nous envoie un sincère souvenir.

Des *États-Unis d'Amérique* : M. C. B. Burr, secrétaire général de l'*American medico-psychological Association*, nous prie d'agréer, avec ses regrets de ne pouvoir assister à notre cinquantenaire, « ses vœux pour la continuation de la prospérité de notre admirable « Société » ; — mêmes regrets et mêmes vœux de la part de M^{me} Robinovitch qui dirige avec tant de succès le *Journal of mental pathology*, qu'elle a fondé l'année dernière.

De *Hollande* : M. H. Hubrecht, conseiller d'Etat ; M. van Deventer, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg ; MM. les professeurs van der Lith et Ziehen, d'Utrecht, envoient, avec leurs excuses, leurs vœux et félicitations.

D'*Italie* : MM. Frigerio, médecin-directeur du manicomio d'Alexandrie ; Marro, médecin-directeur du manicomio de Turin ; Massalongo, directeur de l' « Ospedale maggiore », de Vérone ; Tambroni, directeur-médecin du manicomio provincial de Ferrare, nous présentent,

avec leur salut le plus cordial, leurs souhaits les meilleurs de prospérité.

De Russie : M. le D^r A. de Rothé, conseiller d'Etat, à Varsovie, regrette que sa santé et son grand âge ne lui permettent pas de prendre part à la solennité d'aujourd'hui et envoie ses vœux et souhaits les plus sincères pour la prospérité de la Société « dans les mêmes conditions brillantes jusqu'à la fête du centenaire ».

De Suède et de Norvège : M. Lindboë, directeur ~~medecin~~ de l'asile de Gaustad, à Christiania, déplore de ne pouvoir être présent à la réunion du cinquantenaire d'une Société dont il a « le grand honneur d'être membre déjà depuis de longues années ».

De Suisse : MM. Châtelain, de Neuchâtel, et Ladame, de Genève, en exprimant leurs regrets, nous envoient leurs vœux de prospérité, avec l'assurance qu'ils seront « de cœur avec nous en cette journée mémorable ».

Après vous avoir analysé les lettres reçues, je dois, Messieurs, vous donner lecture des dépêches qui viennent de nous parvenir :

« Constantinople (Péra). — Vœux sincères, prospérité Société psychologique. — Mongeri. »

« Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg). — Tout avec vous pour fêter cinquantenaire. Salut et collégiale solidarité. — Buffet. »

« Moscou (Russie). — Félicitations chaleureuses cinquantenaire. — Alexandre Bernstein. »

« Moscou (Russie). — La Société des neurologistes et aliénistes de Moscou envoie félicitations fraternelles cinquantenaire sœur aînée. Souhaits sincères, gloire scientifique et prospérité croissantes. — Vice-président Roth. »

« San-Maurizio (Italie). — Fier y appartenir, envoie Société médico-psychologique meilleurs vœux, avenir digne grand passé. — D^r Ferrari. »

« *Sgravenhage (Hollande).* — Hommage à Société médico-psychologique cinquantenaire, son bureau, ses membres. — Wellenberg. »

« *Siena (Italie).* — *Impossibilitato intervenire, presente cuore, invio caldi auguri lunga prosperita, sodalizio* (Il m'est impossible d'assister à votre séance. Je suis de cœur avec vous ; je vous envoie mes souhaits chaleureux de longue prospérité). — Funaioli. »

« *Vienne (Autriche).* — Au Dr Motet. — La Société de psychiatrie et de neurologie, à Vienne, prend une vive part à la fête commémorative qui vous réunit aujourd'hui ; elle forme les meilleurs vœux pour la prospérité toujours croissante de cette savante Société que vous présidez avec tant d'honneur. — Le président, Obersteiner. »

« *Vienne (Autriche).* — J'envoie mes meilleures félicitations à la Société médico-psychologique dont j'ai l'honneur d'être membre. — Professeur Obersteiner.

Les membres correspondants qui, à leur grand regret, n'ont pu venir prendre part à cette réunion et nous ont envoyé des lettres d'excuses, sont MM. Gallo-pain, médecin-directeur de l'asile de Fains (Meuse) ; Kéraval, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord) ; Lagrange, médecin du quartier d'aliénés de Poitiers, (Vienne) ; Marchand, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord) ; Parant, médecin-directeur de la Maison de Santé de Toulouse (Haute-Garonne) ; Pons, médecin en chef de l'asile des aliénées de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde) ; M. Th. Tissié, médecin à Bordeaux ; Wahl, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura).

Messieurs, je suis sûr d'être l'interprète de vos sentiments en remerciant ici publiquement tous nos collègues de la France et de l'étranger qui ont bien voulu nous adresser, à l'occasion de la solennité qui nous réunit

aujourd'hui, leur salut cordial et leurs vœux si sympathiques. Leurs lettres, leurs télégrammes seront déposés dans nos archives, comme des documents précieux à conserver; ce sont de véritables papiers de famille, je pourrais dire de vrais titres de noblesse.

**Discours de M. le Dr MOTET, président
de la Société.**

MESSIEURS,

Il y a, dans la vie des sociétés scientifiques comme dans celle des hommes qui pensent et qui travaillent, des heures solennelles. Pour les premières, qui ont le privilège de la durée, auxquelles « les longs espoirs et les vastes penseurs » sont permis, elles peuvent, à des dates précises, évoquer leur passé, escompter l'avenir avec une assurance sereine.

Pour l'homme, dont les horizons se limitent de plus en plus étroitement, c'est dans ses souvenirs qu'il cherche la raison de sa vie, qu'il trouve l'indéfinissable charme que lui apporte l'évocation des années disparues, des événements qui les ont remplies, de la part qu'il a pu prendre à leur évolution.

Aujourd'hui, Messieurs, vous voulez célébrer le cinquantenaire de la Société médico-psychologique à laquelle vous appartenez, et vous m'avez fait l'honneur de me choisir, pour vous dire quelle fut votre origine, pour rendre hommage en votre nom aux fondateurs de votre savante compagnie. Je vous remercie; vous m'offrez l'occasion heureuse de me souvenir pour vous et avec vous, de vous parler de ces hommes éminents que j'ai presque tous connus, pour lesquels je garde un culte respectueux.

Après la promulgation de la loi de 1838 sur le

régime des aliénés, il se produisit en France un grand mouvement de sympathie pour ces malades dont l'administration ne s'était guère occupée jusque-là. Pinel, après lui son élève, Esquirol, avaient dans leurs écrits essayé de montrer ce qu'il y avait à faire, au nom de l'humanité, de la science, du progrès; mais ils ne purent que solliciter l'attention, préparer la voie. Il était réservé à leurs élèves de profiter des circonstances nouvelles et de trouver un point d'appui solide dans l'action énergique de Ferrus, qui fut le premier inspecteur général du service des aliénés.

Trois hommes de haute intelligence et de rare énergie s'étaient rencontrés ; une même idée les sollicitait et les rapprochait, ils voulaient fonder un journal qui s'occupât plus spécialement des maladies mentales et nerveuses, qui réalisât la pensée de Pinel.

Ils s'appelaient : Cerise, Baillarger, Longet.

Cerise! En prononçant ce nom, les souvenirs me reviennent en foule : je revois cette tête à reliefs puissants, si fière, si sérieuse, dans une attitude de méditation qui lui était habituelle, et je me souviens aussi de ce regard profond, un peu triste, mais très bon, qui dissipait si vite la réserve du premier abord. Cerise était un philosophe spiritualiste, dont on trouve aisément la doctrine dans un livre trop peu connu : « Des fonctions et des maladies nerveuses. »

Dans ce journal, aux premières pages, il prit pour lui la psychologie, et, pour bien définir le rôle de chacun, il écrivit l'introduction des *Annales médico-psychologiques*.

Rien de plus intéressant, Messieurs, que d'étudier ce programme : « A l'heure présente, le domaine de nos investigations peut s'étendre, et, au lieu de nous borner à fixer l'attention des lecteurs sur la pathologie mentale, nous pourrons, élargissant le cadre de notre

recueil, y faire entrer tous les travaux relatifs au système nerveux, et n'accepter d'autres limites que celles dans lesquelles se renferme le système nerveux lui-même. Les exigences de la logique médicale seront ainsi satisfaites ; car les études sur la folie, au lieu d'être poursuivies isolément, comme elles l'ont été jusqu'ici, se trouveront associées à celles qui doivent contribuer le plus efficacement à en assurer le succès. La pathologie mentale est étroitement liée à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. Le moment nous semble venu où ces divers éléments de la science de l'homme doivent se rapprocher, se réunir, et se prêter un mutuel appui.

« Les maintenir plus longtemps séparés, c'est, sous beaucoup de rapports, frapper de stérilité les travaux partiels dont le système nerveux peut être l'objet, c'est nuire à l'avancement de la science des rapports du physique et du moral, c'est paralyser les plus énergiques tendances de la pathologie mentale. »

Vous voyez, Messieurs, combien étaient larges les vues des fondateurs des *Annales médico-psychologiques*. « Nous poursuivons, disait Cerise, un but général : l'avancement théorique et pratique, physiologique et pathologique, de la science des rapports du physique et du moral ; nous acceptons comme moyens de ce but toutes les recherches ayant pour objet la structure, les fonctions et les maladies du système nerveux ; nous adoptons pour maxime fondamentale, la solidarité de tous les documents relatifs à ces trois ordres de recherches. »

C'était le développement de la pensée de Pinel ; c'était, à la fois « vouloir rechercher les lois en vertu desquelles se produisent, à l'état normal, nos idées, nos sentiments, nos sensations et nos mouvements, afin de découvrir les lois pathogéniques en vertu desquelles ces idées, ces

sentiments, ces sensations et ces mouvements se troublent dans l'aliénation mentale et dans les névroses ». Et comme il sentait bien que deux doctrines allaient se trouver en présence, et aussi en conflit, que deux grandes écoles, l'école spiritualiste et l'école matérialiste, discuteraient vivement quand le champ serait ouvert des recherches physiologiques et pathologiques sur le système nerveux, Cerise, chargé plus spécialement de la rédaction des généralités médico-psychologiques, fait sa profession de foi : « Je suis convaincu, dit-il, que ces généralités ne peuvent être largement conçues qu'au point de vue des principes de la dualité humaine. » Mais cette conviction ne l'empêchera pas de remplir consciencieusement et loyalement son rôle de collecteur de travaux. Tout ce qu'il demande, après avoir promis à chacun la plus grande liberté de discussion, c'est de donner à la forme dont les idées seront revêtues une réserve qui ménage l'adversaire : « Ce qui inspire la forme, dit-il, c'est le sentiment ; or, le sentiment qui doit nous animer les uns et les autres, c'est celui d'une bienveillante fraternité. La diversité des points de départ ne doit point faire oublier l'identité du but. »

A Longet revenait de droit « toutes les recherches qui ont pour objet de répandre quelques lumières sur la structure du système nerveux et sur les fonctions spéciales des divers organes ou appareils dont ce système se compose ». Il accepta la tâche, et le nouveau recueil publia, dès ses débuts, d'importants travaux.

Baillarger s'était réservé l'aliénation mentale proprement dite. Clinicien des plus habiles, observateur méthodique, consciencieux, il avait acquis dans son service de la Salpêtrière une grande autorité. Je n'ai jamais rencontré d'homme plus sincèrement attaché à ses devoirs de chef de service ; il avait de sa mission l'idée la plus haute ; élevé à l'école de Pinel et d'Esquirol, il

voulait comme eux que l'aliénation mentale fût mieux connue, plus étudiée, et il fonda des cours auxquels de nombreuses générations d'élèves, de médecins venaient s'instruire. Moins théoricien que patient observateur, il recueillait les faits, les commentait, les expliquait, et son enseignement était d'une rare clarté, d'une utilité supérieure. Ce fut à un moment un spectacle qui n'était pas sans grandeur. Dans cette vaste Salpêtrière, où tant de ruines humaines sont venues échouer, il y avait des hommes pleins d'ardeur, jeunes comme leur science, intéressants comme elle, désireux de la faire connaître, et rivalisant de talent pour attirer et fixer les élèves. Falret père, Baillarger, furent pendant des années les chefs d'un enseignement fécond ; c'est à eux qu'on a dû, au lendemain de la promulgation de la loi de 1838, de pouvoir doter les asiles d'aliénés, qui peu à peu se réorganisaient, de médecins instruits, dignes de leur difficile et délicate mission. Ils avaient appris que, en l'absence de toute théorie générale, les progrès de la pathologie mentale étaient toujours possibles, que c'était à l'observation clinique qu'il fallait les demander ; ils savaient qu'il y aurait désormais un recueil, les *Annales médico-psychologiques*, qui recevrait et publierait leurs travaux.

En effet, messieurs, l'initiative de Cerise, de Longet, de Baillarger fut des plus heureuses ; elle suscita tout aussitôt des travaux importants. Parmi les premiers collaborateurs nous trouvons Lélut, Michéa, le professeur Gerdy, Longet, Claude Bernard, Baillarger avec son remarquable mémoire sur la stupidité, Royer-Collard, Parchappe, Billod, Aubanel, Brierre de Boismont, Moreau (de Tours), Lasègue et Morel avec leurs études historiques sur l'école psychique allemande, etc. Les sujets les plus variés furent successivement abordés, traités avec une haute compétence ; on s'aperçut alors

que ce journal devenait le répertoire le plus complet de tous les faits relatifs à l'aliénation mentale.

Ce n'était pas seulement Paris qui l'alimentait ; les médecins des asiles de province envoyoyaient leurs observations, leurs recherches, leurs rapports médico-légaux. Et Baillarger, dont l'esprit et le cœur étaient toujours en éveil, reprit un projet qu'il caressait depuis longtemps, celui de réunir dans une association fraternelle les médecins des asiles d'aliénés français. Il entrevoyait les résultats pratiques de réunions où l'on pourrait discuter les questions relatives au traitement de la folie, à la construction des asiles, à l'organisation des divers services, à l'administration. Il pensait « que ce serait le plus sûr moyen de faire adopter des innovations utiles, de concourir à l'amélioration du sort des malades et à l'avancement de la science ».

Aussitôt divulguées, ces idées furent acceptées de toutes parts. Baillarger reçut de nombreuses adhésions parmi lesquelles celles de Renaudin, médecin en chef de l'asile de Fains, d'Aubanel, médecin en chef de l'asile de Marseille, furent les plus pressantes. Si l'on songe combien encore à cette époque Paris était loin, quel était l'isolement auquel se trouvaient condamnés les médecins des asiles de province, on comprendra leurs joies, leurs espérances lorsqu'ils sentirent qu'on pensait à eux, qu'on allait faire appel à leur concours, qu'ils n'allaien plus travailler seuls, qu'ils seraient bientôt rattachés « à un centre scientifique d'où partiraît l'impulsion ». Ils appelaient de tous leurs vœux « la constitution d'une association qui, dans l'année, réunirait à Paris tous les médecins adhérents, dans une sorte de congrès, sous la présidence de M. l'Inspecteur général, et sous la tutelle de M. le ministre de l'Intérieur qui serait heureux sans nul doute de s'associer à cette utile et louable manifestation ». C'était Aubanel qui écrivait

ainsi à Baillarger. Quant à l'inspecteur général sous le patronage duquel on eût été fier de se placer, c'était Ferrus !

Forts de ces adhésions, Baillarger et Cerise n'hésitèrent plus ; ils annoncèrent dans le premier numéro de l'année 1848 des *Annales médico-psychologiques* que la Société médico-psychologique avait été constituée à Paris, le 18 décembre 1847. Ils disaient : « La société qui vient d'être constituée comprend non seulement la plupart des médecins dont la vie est consacrée à l'étude et au traitement de la folie, mais encore un nombre déterminé de physiologistes, d'administrateurs, d'érudits de juriconsultes, de moralistes, de philosophes dont les travaux se rattachent plus ou moins directement à la connaissance ou à la direction de l'homme moral et intellectuel. » Le règlement avait même été discuté et adopté par un comité de membres fondateurs ; on avait défini le but que l'on voulait atteindre dans des termes nets, précis :

« La Société a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale. Elle comprend dans ses travaux toutes les sciences accessoires qui peuvent en favoriser les progrès. »

Mais les fondateurs avaient compté sans la politique ; la révolution de 1848 balaya d'un seul coup le ministre et le règlement pour lequel on avait demandé l'approbation, et la Société ne put pas se constituer. Ce contretemps fâcheux ne découragea personne ; les *Annales* continuèrent à publier des travaux, à maintenir leur bonne renommée déjà très affermie, et l'on attendit des temps meilleurs. Cette attente dura quatre années ; enfin, en 1852, dans le numéro paraissant le 1^{er} avril des *Annales médico-psychologiques* fut publié le rapport d'une commission composée de MM. Dechambre, Carrière et Michéa, et chargée de préparer un nouveau

règlement et de faire le nécessaire pour constituer enfin la Société médico-psychologique. La *Gazette médicale* (numéro du 4 mars 1852) avait annoncé déjà qu'une société se fondait, formée d'une réunion de médecins, de philosophes, de jurisconsultes. « Si elle s'assied solidement, elle sera peut-être la première en France où auront été rassemblés et appliqués à la fois tous les instruments de l'analyse psychologique. On peut juger par là de son utilité. »

Le 26 avril 1852, les fondateurs se réunissaient et procédaient à la nomination du Bureau. Ils choisirent pour président Ferrus, pour vice-président Gerdy. Dechambre fut élu secrétaire général ; Brierre de Boismont, secrétaire-trésorier; Michéa, secrétaire archiviste. Le comité de rédaction fut composé de Buchez, Baillarger et Cerise.

A ces noms, Messieurs, venaient s'en ajouter d'autres que j'ai le devoir de citer aujourd'hui. Nous formons une famille, nous avons le droit d'être fiers d'un glorieux passé, et de rendre hommage à ceux qui firent nos ancêtres et qui nous ont légué une tradition d'honneur, de travail, de solidarité que nous avons précieusement conservée; ils s'appelaient :

Archambault, Blanche, Bourdin, Belhomme, Brochin, Calmeil, Carrière, De Castelnau, Delasiauve, Falret père, Hubert-Valleroux, Lallemand, Lisle, Londe, Loiseau, Alf. Maury, Mitivié, Moreau (de Tours), Ott, Parchappe, Peisse, Pinel, Reboul de Cavallery, Rota, Sandras, Trélat, Félix Voisin.

Cette liste va rapidement s'accroître; tous les savants que la médecine mentale attire, physiologistes, psychologues, viennent à la Société nouvelle dont l'autorité de ses nombreux fondateurs fait un centre de recherches, de travail intelligent et fécond.

Garnier, professeur de philosophie, est un des pre-

miers qui sollicite son admission ; les médecins d'asiles de province demandent le titre de correspondants ; ce sont : Girard de Cailleux, Boileau de Castelnau, Gossélet, Renaudin, Morel, Macario, Billod, Aubanel, Gérard Marchant, Verron, Teilleux, Sauze, Lunier, etc. Une activité scientifique prodigieuse anime tous ces hommes qui ont enfin trouvé ce qu'ils appelaient depuis si longtemps de tous leurs vœux. M. le secrétaire général vous dira ce que fut le puissant effort de cette première période de la vie de la Société médico-psychologique.

Mais je m'étais réservé d'adresser aujourd'hui un hommage public, auquel vous voudrez tous vous associer, à celui d'entre nous qui restait la tradition vivante de ce glorieux passé : de douloureuses circonstances vont changer en un triste et dernier adieu le salut respectueux que je me proposais d'adresser à Jules Falret. S'il ne fut pas l'un des fondateurs de notre Société, son père, qui fut mon maître, le présentait à elle en 1854; il lui donnait un de ses plus fermes soutiens pour l'avenir. En effet, J. Falret a été l'un des plus laborieux, l'un des plus utiles dans cette compagnie où tant d'intelligences supérieures se trouvaient rassemblées. On peut dire de lui qu'il a été bien souvent un précurseur, un initiateur. Il n'y avait pas de sujets qu'il n'éclairât par ses connaissances étendues, par la merveilleuse clarté de son esprit; pas de discussions dans lesquelles il n'apportât la sage méthode, la sévère argumentation qui étaient ses qualités maîtresses. Il a rendu à la Société médico-psychologique de tels services qu'il y aurait ingratITUDE à ne pas les rappeler aujourd'hui. Il a, pour sa part, largement contribué à maintenir en France, comme à l'étranger, le haut renom de la Société médico-psychologique, et, de cela, je voulais le remercier. De cruelles inquiétudes

viennent assombrir ce jour que nous voulions occuper seulement par d'heureux souvenirs.

Je m'incline, Messieurs, et je termine ma tâche. Vous allez entendre votre Secrétaire général qui s'est chargé d'écrire votre histoire. Vous verrez quel a été le rôle de la Société médico-psychologique pendant cinquante ans, l'importance et l'autorité qu'elle a prises, la variété surprenante des problèmes qu'elle a abordés, vous suivrez pas à pas son évolution, et vous tirerez un grand enseignement de ses travaux. Une société comme la nôtre, toujours prête à traiter les questions les plus élevées de la psycho-pathologie, de la neuro-pathologie, de la médecine légale, de l'administration des asiles, de l'assistance des aliénés, sollicitant et préparant par son incessante initiative le progrès, dans toutes les branches que comporte son vaste programme, peut avoir foi en elle-même. Elle a eu un passé qu'elle peut évoquer avec fierté; son avenir ne me paraît pas moins assuré, si j'en juge par le mérite de ceux qui viennent à elle, qui lui apportent l'énergique vitalité de la jeunesse et la ferme volonté de maintenir nos vieilles et chères traditions d'honneur, de probité scientifique, de confraternelle solidarité.

Rapport sur le prix Aubanel,

par M. le Dr SÉGLAS

Messieurs, vous aviez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Voisin, Garnier, Arnaud, Séglas, à l'effet d'examiner les mémoires présentés pour le concours du prix Aubanel. Je viens aujourd'hui, à titre de rapporteur, vous exposer brièvement le résultat des travaux de votre Commission et les conclusions qu'elle propose à votre approbation.

La question à traiter était la suivante : *Valeur séméo-*

logique des idées hypocondriaques dans le diagnostic des maladies mentales, appuyée sur des observations personnelles.

Quatre mémoires ont été présentés : tous quatre, bien que de valeur inégale, témoignent de qualités personnelles de leurs auteurs, et l'on peut dire que, dans son ensemble, le concours de cette année n'aura pas été inférieur à ceux qui l'ont précédé.

J'espère qu'une analyse succincte de chacun de ces mémoires pourra vous en convaincre, en même temps qu'elle me permettra de justifier le classement de votre Commision.

Je commencerai par l'étude de deux mémoires qui nous ont paru devoir se placer en première ligne : ceux de MM. Bernard-Leroy et Castin.

Le mémoire de M. Bernard-Leroy comporte d'abord une introduction consacrée à la définition et à la délimitation de l'idée hypocondriaque, « idée délirante consistant essentiellement en ce que le sujet se croit atteint d'une altération de sa santé purement imaginaire et croit en même temps observer les symptômes dont il pense que cette altération doit être accompagnée ». Puis, dans un premier chapitre, l'auteur étudie les idées hypocondriaques chez les persécutés, en établissant les divisions suivantes : 1^o idées hypocondriaques paraissant indépendantes des idées de persécution ; 2^o idées hypocondriaques paraissant consécutives aux idées de persécution ; 3^o idées d'un trouble de la santé considéré par le sujet comme le prélude obligé de la persécution ; 4^o malades persécutés par des parasites imaginaires. Un second chapitre est consacré aux idées de négation. Dans trois autres chapitres sont étudiées les idées hypocondriaques chez les abouliques, chez les psychasthéniques et chez les neurasthéniques.

Cette étude amène l'auteur à penser que l'apparition

d'idées hypocondriaques peut être suscitée par quatre mécanismes bien différents : *a*) elles peuvent se rattacher d'une façon primitive, par une sorte de déduction logique, consciente, sinon réfléchie, à d'autres idées délirantes de persécution; *b*) elles peuvent être amenées par les tendances logiques inconscientes et générales de l'esprit humain à titre de justification de certains troubles de la volonté (aboulie) ou de l'émotivité (panophobie); *c*) elles peuvent se développer comme des rêves ou plutôt comme des rêveries involontaires par un mécanisme rappelant un peu celui des idées fixes véritables; *d*) enfin, dans un cas, elles ont apparu parallèlement aux idées de persécution, et peut-être un mécanisme identique peut-il quelquefois donner naissance à ces deux catégories d'idées.

« Nous n'avons pas eu à aborder, ajoute M. Bernard Leroy, la question de l'existence d'une folie hypocondriaque idiopathique, mais on peut dire qu'il ne ressort de notre travail aucun argument contre l'existence d'une semblable forme mentale et que, notamment, une de nos observations permet d'imaginer l'existence de cas où les idées hypocondriaques apparaîtraient sans mélange d'idées de persécution, mais par un mécanisme analogue à celui auquel on attribue l'apparition de celles-ci dans la paranoïa de persécution.

Messieurs, ce court aperçu suffira, je l'espère, à vous montrer quelle est la tendance dominante du mémoire dont je viens de vous rendre compte. Son véritable titre, avons-nous pensé, eût mérité d'être ainsi conçu : « Recherches sur la psychologie pathologique des idées hypocondriaques. » En ce sens, le mémoire de M. Bernard-Leroy, par la précision des observations, la finesse de l'analyse, l'esprit de critique, l'étendue des connaissances psychologiques dont fait preuve à tout instant son auteur, constitue certainement une œuvre toute

personnelle et d'un très grand mérite. Cela nous a fait regretter d'autant plus vivement qu'il n'ait point traité plus complètement dans son ensemble le thème proposé, et qu'il ait laissé bien des lacunes à remplir sur la sémiologie des idées hypocondriaques.

Sans doute, cette constatation n'enlève rien à la valeur intrinsèque de son œuvre, mais elle suffit cependant, croyons-nous, dans le cas particulier d'un concours, pour diminuer son mérite relatif et la mettre en parallèle avec le second mémoire que nous allons examiner maintenant.

A l'inverse de son concurrent, qui avait surtout envisagé le côté psychologique, M. Castin semble s'être attaché à traiter de préférence la sémiologie clinique des idées hypocondriaques.

Son mémoire se divise en deux parties. La première est consacrée à l'étude de l'idée hypocondriaque en elle-même et sous ses divers aspects, que l'auteur réduit à trois principaux : idées hypocondriaques simples, idées hypocondriaques délirantes, idées hypocondriaques de négation et de transformation physique.

Un premier chapitre examine les idées hypocondriaques simples, leur pathogénie, leurs types cliniques différents suivant les maladies dans lesquelles elles peuvent se présenter : hypocondrie systématique primitive, neurasthénie, névralgies et névroses, obsessions. Un appendice est consacré au suicide chez les hypocondriaques.

Puis viennent les idées hypochondriaques délirantes qui sont étudiées de la même façon et envisagées successivement chez les intoxiqués, les débiles et imbéciles, les délirants polymorphes, les déments de diverses catégories.

L'on arrive ainsi, par une transition naturelle, aux idées de négation et de transformation physique que

l'auteur examine avec le plus grand soin sous leurs diverses formes (énormité d'organes, occlusion, putréfaction, vacuité, etc...), pour terminer par une étude plus spéciale du délire des négations de Cotard qu'il considère comme une véritable modalité clinique, secondaire à la mélancolie intermittente ou à l'hypocondrie systématique, ayant ses symptômes, son étiologie, son évolution, son anatomie pathologique (lésions de sénilité précoce dans la plupart des cas).

La seconde partie du mémoire traite des idées hypocondriaques dans les diverses affections mentales : paralysie générale, alcoolisme, délire des persécutions, démence précoce, hystérie, diverses affections mentales et nerveuses, telles que confusion mentale, délires toxiques, démence sénile, lésions organiques cérébro-spinales...

M. Castin nous paraît ainsi avoir bien envisagé sous tous ses aspects la question de la valeur séméiologique des idées hypocondriaques. Ajoutons que son mémoire, par l'abondance et la qualité des documents de toute espèce qu'il renferme, constitue une œuvre de fond dans laquelle il y a beaucoup à puiser. Sans doute il ne témoigne pas d'une originalité aussi grande que le précédent, mais cela cependant n'exclut pas chez lui toute note personnelle, et M. Castin sait à l'occasion critiquer telles ou telles opinions émises pour donner et justifier sa propre interprétation. Le reproche le plus sérieux qu'on pourrait lui adresser serait de n'avoir pas apporté plus de précision dans la rédaction même de son travail, d'une forme quelque peu diffuse et inachevée.

Tel n'est pas le reproche à faire au mémoire suivant, celui de M. Cololian, écrit dans un style à la fois simple, clair et facile, conçu suivant un plan méthodique, dont l'exposition se déroule et se développe tout naturellement.

L'hypocondrie, pour M. Cololian, est un stigmate de la dégénérescence mentale. Tous les hypocondriaques ont présenté dans leur jeune âge une déséquilibration quelconque, résultat d'une tare héréditaire ou acquise. A côté de ces hypocondriaques dégénérés, il y a d'autres groupes de malades chez qui les idées hypocondriaques apparaissent à un moment donné pour disparaître de même, à moins qu'elles ne s'établissent définitivement. Un premier groupe comprend les névrosés : neurasthéniques, hystériques, épileptiques, qui sont assez souvent sujets aux accès hypocondriaques. Dans un second groupe prennent place les aliénés proprement dits : persécutés, dégénérés, délirants chroniques, mélancoliques, chez lesquels le délire hypocondriaque, une fois établi, ne disparaît qu'avec la démence avancée. Dans les folies avec lésions, paralysie générale, alcoolisme chronique, démence, on rencontre aussi des idées hypocondriaques et même un véritable délire systématisé. Je n'entrerai pas, messieurs, dans de plus longs développements, et le coup d'œil d'ensemble que nous venons de jeter sur ce mémoire vous fait déjà entrevoir qu'il ne se borne guère qu'à reproduire, avec de nouvelles observations, les idées exposées déjà dans une thèse que vous connaissez tous, celle de M. Journiac. De quelque talent que l'auteur ait fait preuve pour les soutenir, il n'en résulte pas moins que son mémoire est d'une note beaucoup moins personnelle que les précédents. Et si nous le comparons à celui dont il se rapproche le plus en raison de sa base clinique, celui de M. Castin, nous voyons qu'il ne représente que la seconde partie de ce dernier, et qu'on n'y retrouve pas toute cette étude de la première partie, relative aux différentes idées hypocondriaques envisagées en elles-mêmes.

Il me reste à vous rendre compte d'un quatrième

mémoire, celui de M. Marchand; je ferai comme l'auteur, je serai bref.

L'idée hypocondriaque, qu'il importe de différencier de l'idée mélancolique et de l'idée de persécution, est, pour M. Marchand, une idée à forme auto-accusatrice provoquée par un état émotif triste sans tendances négatives et portant uniquement sur la personnalité du malade. Il faut distinguer l'hypocondrie symptomatique, résultant de l'état pathologique d'un ou de plusieurs organes, de l'hypocondrie essentielle dans laquelle le trouble cérébral est primitif. Préoccupations hypocondriaques, idées fixes, idées délirantes, délire systématisé, telle est la division logique des conceptions de ce genre, qui, si elles sont insuffisantes à elles seules pour permettre un diagnostic, n'en constituent pas moins un symptôme des plus importants. L'auteur ne fait guère qu'esquisser ces différents points et réserve la meilleure partie de son mémoire à une statistique des idées hypocondriaques d'après la profession, le sexe, les différentes formes morbides et la variété qu'y peut revêtir l'idée hypocondriaque suivant la division précédemment établie, leur état d'isolement ou d'association avec d'autres idées délirantes, leur fréquence par rapport aux autres formes psychopatiques.

Messieurs, je m'arrête, car j'espère que les considérations que je viens de vous exposer vous auront paru suffisantes à justifier les propositions de votre Commission, d'accorder :

1^o Le prix Aubanel *ex-æquo* à MM. Bernard-Leroy et Castin avec une somme de 700 fr. pour chacun d'eux.

2^o Une mention avec 400 fr. à M. Cololian.

3^o Une mention avec 200 fr. à M. Marchand.

M. LE PRÉSIDENT. — Conformément aux conclusions de notre Commission, le prix Aubanel est décerné à

M. Bernard-Leroy, médecin à Paris, et à M. Castin, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), avec une somme de 700 fr. pour chacun d'eux.

En outre, des mentions honorables sont accordées : l'une, avec 400 fr., à M. Cololian, médecin à Paris ; l'autre, avec 200 fr., à M. Marchand, médecin-anjoint à l'asile de Bailleul (Nord).

HISTOIRE DES TRAVAUX

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(1852-1902)

Par M. le Dr Ant. RITTI,

Secrétaire général,

MESSIEURS,

Dans une lettre du commencement de l'année 1846, Renaudin, un des aliénistes les plus distingués de la province, exprimait au rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, le désir de voir ce recueil donner plus d'étendue aux recherches statistiques. La réponse de Baillarger est un véritable programme sur la matière. Notre vénéré maître s'applique surtout à démontrer, en s'appuyant sur des exemples, que les différents travaux en ce genre, publiés jusque-là, n'offrent qu'un médiocre intérêt « par leur isolement, et par l'absence d'un lien uniforme qui les relie et permette de les comparer ». « Le remède, ajoute-t-il, doit être dans des travaux entrepris en commun et sur des bases uniformes

par une association de médecins (1). » Ainsi se trouvait émise pour la première fois la nécessité de la création d'une société de médecins aliénistes, ayant un but nettement déterminé.

Renandin, d'abord, puis Aubanel, s'empressèrent d'adhérer au projet de Baillarger (2). Tous deux y voyaient un moyen sûr d'étendre nos connaissances en médecine mentale et, par suite, d'améliorer le sort de nos malades. Aubanel, surtout, nature plus enthousiaste, se montra tel qu'il était : plein de cette généreuse ardeur pour le vrai et le bien qui tend à l'action et ne connaît pas d'obstacles. Non content d'envoyer son adhésion, il voulut indiquer les conditions d'existence de la nouvelle société et les questions les plus pressantes qu'elle aurait à discuter. « Votre zèle ne vous aveugle point, écrit-il à Baillarger ; vous sentez vous-même que vos efforts seraient plus fructueux et vos publications auraient une importance scientifique plus grande, si nous travaillions tous en commun à la solution d'une foule de questions que des recherches isolées ne peuvent qu'incomplètement élucider. Je partage tout à fait votre opinion, et je fais des vœux bien sincères pour que tous les médecins spéciaux forment une association médicale dont le foyer serait à Paris et les rayons dans les diverses localités de France où se trouvent des asiles d'aliénés. Cette association serait féconde, à mon avis, en heureux résultats : elle serait favorable à la science, et principalement à la statistique générale sur la folie, par l'unité de vues

(1) Baillarger. De la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales, etc. (*Annales médico-psychologiques*, 1846, t. VII, p. 163.)

(2) Lettres de MM. Renandin et Aubanel, médecins en chef des asiles de Fains et de Marseille, à M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière. (*Ann. méd.-psych.*, 1846, t. VII, p. 467.)

« qui présiderait désormais à nos travaux ; elle serait
« utile à nos pauvres malades par la communication
« plus facile entre nous et l'échange réciproque des
« améliorations que chaque médecin entreprend isolé-
« ment ; elle seconderait enfin puissamment, comme
« étant l'expression de l'expérience et du savoir, les
« réclamations ultérieures que nous pourrions avoir à
« adresser au gouvernement dans l'intérêt de cette
« classe malheureuse de la société qu'il a bien voulu
« confier à nos soins. »

« Que de questions, ajoutait Aubanel, demanderaient
« pour leur solution le concours éclairé de tous les
« hommes voués à l'étude des maladies mentales ! En
« dehors même des sujets purement scientifiques, si
« nombreux, si importants et si difficiles, n'y aurait-il
« pas avantage à discuter en commun toutes les ques-
« tions qui se rattachent à la législation sur les aliénés
« et à l'organisation des maisons destinées à leur
« donner asile ? Les progrès, sous ce dernier point de
« vue, ont été immenses dans ces dernières années :
« nous sommes les premiers à remercier le gouverne-
« ment du bien qu'il a fait, en secondant de son auto-
« rité les intentions philanthropiques de nos célébrités
« médicales, dont la voix réclamait depuis longtemps
« l'adoption des mesures organisatrices qui nous régis-
« sent maintenant. Mais tout n'est pas fini assurément ;
« le temps qui éprouve toutes les choses humaines,
« nous fera voir, à mesure que nous avancerons, des
« lacunes à remplir, des dispositions législatives à
« modifier, des améliorations, en un mot, à introduire
« dans notre mode d'organisation. C'est à quoi nous
« pourrions dès le moment commencer à nous pré-
« parer. »

Ce programme, si séduisant par sa belle ampleur et ses vues élevées, dépassait de beaucoup, comme on le

voit, le but primitif, c'est-à-dire la publication des recherches statistiques sur un plan uniforme. Ce fut lui qui prévalut et dont Baillarger, après quelques hésitations, devint le champion le plus résolu : une fois de plus, l'audace l'emportait sur la timidité.

Mais du projet à l'exécution il y a souvent plus loin que de la coupe aux lèvres. Les circonstances parfois contraires, l'indifférence des uns, la tiédeur des autres, un scepticisme railleur qu'on croit de bon goût, tous ces obstacles enfin qui barrent la route aux pionniers d'idées nouvelles, Baillarger les trouva sur son chemin ; mais son ardente foi en la puissance de l'association devait lui fournir les moyens de les vaincre ou de les tourner.

Grâce à sa patiente obstination, grâce aussi au dévouement de ses collaborateurs des *Annales médico-psychologiques*, après deux ans de luttes et d'efforts, une première tentative fut faite : le samedi 18 décembre 1847, se constitua à Paris une société ayant « pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale », ainsi que de toutes les sciences accessoires pouvant en favoriser les progrès. Cette société prenait le nom de Société médico-psychologique. Le règlement, arrêté et adopté en une séance d'institution, avait été soumis à l'approbation du ministre de l'Instruction publique (1). On n'attendait plus que cette dernière formalité pour se constituer définitivement et se mettre au travail, lorsque la Révolution de Février éclata, rejetant à l'arrière-plan toutes les préoccupations autres que la politique et les réformes sociales.

« Les sciences ont essentiellement besoin de repos et de stabilité ; l'agitation et les bouleversements sont

(1) Fondation de la Société médico-psychologique. Règlement de la société. (*Ann. méd.-psych.*, 1848, t. XI, p. 1.)

« leurs plus cruels ennemis. » Aussi, plus de quatre ans s'écouleront, avant qu'une nouvelle tentative — celle-là définitive — puisse se faire, permettant aux médecins de mettre en commun leurs efforts pour le bien de leurs malades et le progrès de la science. Ce ne fut, en effet, que dans les premiers jours de mars 1852, que se réunirent de nouveau les auteurs du premier projet de fondation de la Société médico-psychologique : ils s'adjoignirent quelques éléments plus jeunes et, par suite, plus ardents, et nommèrent une commission composée de Dechambre, Carrière et Michéa, rapporteur, chargée d'étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'introduire dans le règlement primitif (1).

Il semble que l'ambition de nos éminents membres fondateurs se soit accrue avec les années. Pour le prouver, il suffit de comparer les deux règlements, celui de 1846 et celui de 1852. Dans le premier on faisait appel non seulement aux médecins aliénistes, mais encore à « un nombre déterminé de physiologistes, d'administrateurs, d'érudits, de jurisconsultes, de moralistes et de philosophes, dont les travaux se rattachent plus ou moins directement à la connaissance ou à la direction de l'homme intellectuel et moral ». Dans le second, on ajoutait aux catégories précédentes : les ministres de la religion, les historiens, les instituteurs, les poètes, etc.

En 1846, la Société répartissait les objets de ses recherches sous cinq chefs principaux :

- 1^o Pathologie mentale et pathologie du système nerveux ;
- 2^o Anatomie et physiologie du système nerveux ;
- 3^o Hygiène morale, éducation ou prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, hygiène pénitenti

(1) Nouveau règlement de la Société médico-psychologique.
(*Ann. méd.-psych.*, 1852, t. IV, p. 226.)

tiaire, études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence ;

4^e Administration, médecine légale, jurisprudence et statistique en matière d'aliénation mentale ;

5^e Philosophie, physiologie psychologique, ethnologie, histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral. Le mot *histoire* dans ce sens doit s'entendre des grandes épidémies morales, des influences de certaines époques, des biographies de plusieurs personnages, etc.

En 1852, on ajoute l'anatomie pathologique à la deuxième section ; addition nécessaire qui répare un regrettable oubli. Puis on introduit une nouvelle section qui a pour objet l'étude de la science des rapports du physique et du moral.

Le programme, on le voit, était d'une vaste étendue, trop vaste peut-être, car il embrassait la science de l'homme dans son ensemble, sous ses multiples et diverses modalités. On ne pouvait douter qu'il serait bien rempli, en voyant la qualité des adhérents de la première heure, parmi lesquels se trouvaient des penseurs comme Buchez, Cerise, Alfred Maury, Ott ; des écrivains comme Brochin, Dechambre, Peisse ; des cliniciens tels que Baillarger, Calmeil, Delasiauve, Falret, Moreau (de Tours), Trélat, Félix Voisin. Cette énumération serait incomplète si nous oublions Ferrus et Parchappe, aussi habiles administrateurs que savants médecins ; Gerdy, Lallemand et Sandras, dont les travaux en physiologie et en neuro-pathologie étaient universellement estimés. A cette élite vinrent s'agréger bientôt des psychologues métaphysiciens comme Adolphe Garnier et Paul Janet, puis quelques jeunes médecins aliénistes, disciples des maîtres que nous venons de nommer et qui allaient devenir maîtres à leur tour.

Cette réunion quelque peu disparate, n'avait de com-

mun que le programme ; méthodes et doctrines s'y heurtaient en contrastes violents ; l'introspection de la psychologie métaphysique se trouvait en constante opposition avec l'observation clinique et l'anatomie pathologique. Malgré bien des causes de conflit, la paix régna longtemps entre ces éléments contraires ; longtemps aussi, ils accomplirent d'excellente besogne. C'est que les premières années de la Société furent surtout consacrées à des discussions d'ordre général, où philosophie et médecine se meuvent à l'aise, l'une et l'autre apportant ses procédés particuliers de recherches à la solution des problèmes en litige.

Il est évident que médecins et philosophes se peuvent entr'aider utilement lorsqu'il s'agit, par exemple, de définir la sensation et de discuter la confusion du langage psychologique ; que leurs lumières, mises en commun, pourront éclairer d'un nouveau jour la théorie des hallucinations ; mais il est non moins certain que les uns et les autres disserteront à perte de vue, comme cela est arrivé, sur l'animisme et le vitalisme, sans jamais parvenir à s'entendre, sans que surtout de tels débats où l'argumentation scolaire tient lieu de démonstration scientifique, aient la moindre influence sur les progrès de notre savoir en médecine mentale.

Aussi ce qui devait arriver, arriva nécessairement. Lorsque furent épousées ces questions générales que côtoie notre spécialité et qui l'ont rendue trop longtemps tributaire de la philosophie, il fallut bien aborder la partie vraiment médicale de notre tâche : la pathologie mentale, la thérapeutique, la médecine légale, les questions d'assistance et de législation des aliénés, etc. Pour toutes ces études, méthode, doctrine, langage même différaient de ce qui est usité en philosophie. Et voilà comment, par faute de s'entendre, l'incompatibilité mutuelle se produisit. Sans qu'il y eût d'autre motif déter-

minant, l'élément philosophique s'élimina de la Société, spontanément et naturellement, laissant le champ libre à l'élément exclusivement médical.

Nos recherches, quoique émancipées de la tutelle de la philosophie, n'en eurent pas moins une heureuse répercussion sur la psychologie. L'application de la méthode pathologique a plus fait, en quelques années, pour la connaissance positive des phénomènes de conscience que plusieurs siècles d'observation intérieure. Ce résultat est tout à l'honneur de M. Th. Ribot et de son école. La psychologie expérimentale, en utilisant les documents fournis par la médecine mentale, est entrée résolument dans la voie de la biologie : c'est un acte émancipateur qui l'a soustraite définitivement au joug séculaire de la métaphysique.

La Société médico-psychologique tint sa première séance le 26 avril 1852. Ce fut sans doute avec une joie profonde et une satisfaction légitime que Baillarger, le promoteur de cette œuvre, et les collègues qui l'avaient aidé à la réaliser, virent arriver enfin ce jour tant désiré. Peut-être, dans leur ardeur au travail, eurent-ils quelque désillusion, cette séance, comme la suivante, ne devant être consacrée qu'à des détails d'organisation, et surtout à l'élection du bureau, qui fut ainsi composé : Ferrus, président ; Gerdy, vice-président ; Dechambre, secrétaire général ; Brierre de Boismont, secrétaire-trésorier ; Michéa, secrétaire archiviste ; Buchez, Baillarger et Cerise, membres du Comité de rédaction.

La Société, enfin définitivement constituée, tint en juin sa première séance de travail. Elle commença par une communication bien connue de Delasiauve sur « une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie (1) ».

(1) Delasiauve. D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie. (*Ann. méd.-psych.*, 1852, t. IV, p. 491.)

Il s'agit, comme vous le savez, de la confusion mentale, à la découverte de laquelle le nom de notre distingué collègue restera attaché. Il démontre, dans ce remarquable mémoire, que « l'épilepsie, entre autres perturbations mentales, donne lieu à une espèce de folie qui se rapproche beaucoup du *delirium tremens*, ou stupidité ébrieuse ». « Cette forme, ajoute-t-il, se distingue de la démence en ce que les facultés sont plus enchaînées que détruites » ; elle semble caractérisée par une sorte de torpeur mêlée à une certaine excitation des fonctions cérébrales.

Une discussion des plus intéressantes suivit cette lecture ; en réalité, elle ne fut qu'un colloque entre Baillarger et Delasiauve, où ces deux maîtres, revenant une fois de plus sur une vieille querelle, défendirent leurs idées respectives sur la mélancolie avec stupeur et sur la stupidité ou confusion mentale.

La séance se termina par une courte communication de Baillarger « sur le retour des règles chez quelques femmes érotomanes âgées » ; et il citait entre autres le cas d'une femme de cinquante-deux ans qui, ayant vu reparaître ses règles après qu'elles avaient cessé depuis dix ans, fut prise d'un délire érotique très net. Elle se croyait enceinte, et, entre autres hallucinations, elle sentait son enfant remuer.

Plusieurs des membres présents rappelèrent des observations analogues, venant corroborer les faits apportés par Baillarger (1).

Cette communication, malheureusement trop écourtée dans le procès-verbal, en rappelle une autre, plus récente, sur le délire de grossesse, qui fut suivie d'une longue

(1) Baillarger. Sur le retour des règles chez quelques femmes érotomanes âgées. Discussion : Calmeil, Brierre de Boismont, Trélat, Cerise, Pinel, Gerdy, Rotha. (Séance du 28 juin 1852. — *Ann. méd.-psych.*, 1852, t. IV, p. 600.)

et intéressante discussion, dont vous avez sans doute conservé le souvenir (1).

Un des problèmes qui ont vivement excité la sagacité des médecins aliénistes, est celui de l'influence de la civilisation sur le développement de la folie : problème très passionnant, mais extrêmement complexe, à propos duquel des flots d'encre ont déjà coulé, sans qu'on soit arrivé à en donner une solution raisonnable, capable de satisfaire tous les esprits. Peut-être aussi la question a-t-elle été mal posée ; ou bien, ceux qui ont abordé son étude n'ont-ils pas suffisamment fait abstraction de ce que j'appellerais volontiers avec les astronomes l'« équation personnelle », c'est-à-dire cet ensemble de préjugés que créent en nous l'éducation, la religion, la politique, le milieu où nous vivons, etc.

C'est bien ce qui semble ressortir de l'important débat soulevé par l'analyse, faite par Brierre de Boismont, d'un mémoire du Dr Thomas Wise sur l'aliénation mentale au Bengale (2), et dans laquelle notre honorable collègue, tombant du côté où il penchait, accusait nettement l'augmentation des aliénés dans l'Inde à « l'influence toujours croissante des idées européennes ». Il faut avouer que cette opinion ne trouva que peu d'écho dans la Société ; elle fut vivement débattue dans quatre longues séances et la plupart des membres prirent part à la discussion (3). Celle-ci ne tarda pas à se transformer en un beau tournoi de paroles entre Par-

(1) Toulouse et Marchand. Du délire de grossesse. Discussion : Magnan, Taguet, Legrain, Toulouse, Christian, Briand, Arnaud, Dupain, Sérieux, Febvré. (Séance du 25 novembre 1901. — *Ann. méd.-psych.*, 1902, t. XV, p. 250.)

(2) De la folie au Bengale, par Thomas A. Wise, avec des observations par A. Brierre de Boismont. (*Ann. méd.-psych.*, 1853, t. V, p. 654.)

(3) De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie. Discussion : Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Alfred

chappe et le rapporteur. La lutte était inégale. Parchappe, en effet, esprit net et précis, mordant et même sarcastique, froid et impassible, eut tôt fait de rétorquer toute l'argumentation de son adversaire, uniquement basée sur le vague et l'imprécision, sur des raisons de sentiment et aussi sur des documents dont l'insuffisance était noire. Dans sa défense, Brierre de Boismont, se sentant atteint, opéra un mouvement de recul : au lieu des affirmations nettes et catégoriques de ses publications antérieures, ce ne sont plus que des généralités sur les causes morales, des considérations historiques non sans intérêt, des distinctions entre les époques de foi et les époques de doute, celles-ci produisant la folie dont les autres resteraient indemnes ; mais rien de ce qui pourrait être considéré comme une démonstration.

La question, perdant ainsi tout caractère scientifique, se trouvait réduite à un simple argument théologique, et, comme tel, n'était plus de notre compétence. C'est pour cette raison, sans doute, qu'elle n'a plus reparu à l'ordre du jour de notre Société, malgré son indéniable intérêt, en dépit du succès de cette première discussion qui l'avait si heureusement amorcée.

Tels sont les faits les plus saillants, consignés dans les procès-verbaux des séances de l'année 1852. Pour être complet, il nous est impossible de passer sous silence deux mémoires intéressants : l'un où Buchez, ce subtil métaphysicien, se livre à des considérations philosophiques sur le libre arbitre à propos d'aliénation mentale (1); le second d'Alfred Maury, dans lequel cet

Maury, Delasiauve, Gerdy, Ferrus, Archambault, Cerise, Baillarger, Parchappe, Belhomme. (Séance des 30 août, 27 septembre, 29 novembre et 27 décembre 1852. — *Ann. méd.-psych.*, 1853, t. V, p. 293.)

(1) Buchez. Quelques mots de philosophie à propos d'aliénation mentale. (*Ann. méd.-psych.*, 1852, t. IV, p. 509.)

observateur conscientieux des phénomènes psychologiques nous décrit de « nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale (1) ».

Cette première année, on n'en saurait douter, était d'un heureux augure pour l'avenir. Par l'importance de ses travaux, l'intérêt de ses discussions, le zèle de ses membres, la nouvelle Société s'était classée de prime abord au nombre des réunions scientifiques les plus autorisées. L'avenir — un avenir de cinquante ans — n'a pas démenti ces excellentes promesses du début.

La Société médico-psychologique n'a pas cessé d'être, depuis sa fondation, à l'avant-garde de la médecine mentale, heureuse de toutes les innovations, fondées sur la réalité des choses, qui lui étaient présentées, les passant, s'il y avait lieu, au crible de la critique, afin de séparer l'ivraie d'avec le bon grain. Innombrables sont les mémoires, notes, observations qui lui ont été soumis depuis un demi-siècle, en plus de cinq cents séances, et ce serait une tâche bien ardue — je ne dis pas, ingrate — de les analyser tous ; il faut donc savoir se borner, faire un choix, d'ailleurs absolument nécessaire.

Parmi l'abondance de nos richesses, il est une part d'une valeur inestimable ; c'est à elle que je m'attacherais tout spécialement. Je veux parler de cette série ininterrompue de grandes discussions sur les sujets principaux de la médecine mentale, qui donnent une vie si intense à nos comptes rendus, d'où l'entre-choquement des opinions les plus diverses fait souvent jaillir une lumière inattendue.

(1) Alfred Maury. Nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale. (*Ann. méd.-psych.*, 1853, t. V, p. 404.)

Le premier en date de ces grands débats a pour objet la *monomanie*; il se déroule durant neuf longues séances des années 1853 et 1854, provoqué par un mémoire de Delasiauve sur « la monomanie au point de vue psychologique et social (1) », et par un « Essai sur une classification des différents genres de folie » présenté par Baillarger(2): le premier de ces savants, adversaire déclaré ; le second, défenseur convaincu de la création d'Esquirol.

Curieuse et intéressante à plus d'un titre, cette discussion nous fournit surtout un exemple frappant de l'influence du procédé exclusivement psychologique sur l'étude des aliénations mentales (3). Cette méthode, dont la stérilité se faisait déjà sentir, touchait à son déclin ; mais, telle une lumière, près de s'éteindre, qui jette son dernier éclat, elle semblait reprendre une vie nouvelle dans cette réunion de philosophes et de médecins, où ces derniers, rivalisant de zèle psychologique, se livraient à des dissertations métaphysiques alors qu'il s'agissait surtout d'observation clinique.

Ce qui n'est pas moins frappant, ce sont les multiples incidences qui viennent se greffer sur la question en litige. A propos de monomanie, on vient nous parler de la distinction du *moi* et du *non-moi*, des rapports de l'âme avec le cerveau, de l'âme dans ses rapports avec la folie, du libre arbitre des aliénés, etc. Au milieu de toutes ces belles abstractions, on perdait de vue l'aliéné.

(1) Delasiauve. De la monomanie au point de vue psychologique et légal. (*Ann. méd.-psych.*, 1853, t. V, p. 353.)

(2) Baillarger. Essai sur une classification des différents genres de folie. (*Ann. méd.-psych.*, 1853, t. V, p. 545.)

(3) Discussion sur la monomanie : Delasiauve, Brierre de Boismont, Londe, Alfred Maury, Archambault, Pinel, Baillarger, Belhomme, Ferrus, Adolphe Garnier, Peisse, Morel, Büchez, Gerdy, Ott, Moreau (de Tours), de Castelnau. (Séances des 30 mai, 27 juin, 25 juillet, 31 octobre et décembre 1853 ; de janvier, février, mai et juin 1854. — *Ann. méd.-psych.*, 1854, t. VI, pp. 99, 273, 464 et 614.)

Au fond il était bien question de lui, mais on n'en parlait pas. Il semblait, moins un être réel, qu'une sorte d'entité sur laquelle on dissertait à la façon des scolastiques.

Si l'on veut extraire ce que contient de positif cette longue joute plus philosophique que médicale, on trouvera d'abord que trois opinions divergentes se sont fait jour sur la monomanie : les uns, à la suite d'Esquirol, admettent cette forme morbide dans toute l'extension que lui a donnée l'illustre aliéniste ; les autres, avec Delasiauve, veulent la restreindre et n'y voir qu'un délire circonscrit, consistant dans l'altération d'un sentiment ; les derniers, enfin, se ralliant aux idées bien connues de Falret père, rejettent l'existence de la monomanie en tant qu'espèce morbide distincte, dans laquelle se trouvent englobées les maladies les plus disparates.

Les opinions sont plus flottantes, quand il s'agit de la responsabilité des monomaniaques. Je ne citerai que celle de Delasiauve, qui semble avoir été acceptée par le plus grand nombre de ses collègues. « Le malade « échappe à l'imputabilité, écrit-il dans l'une des conclusions de son mémoire, quand le délire est notoire, « de même lorsqu'il est, bien que limité, le principe « de l'acte répréhensible. Quand l'incrimination repose, « au contraire, sur des faits dont le mobile est étranger « à l'aliénation, il appartient alors aux experts et aux « juges de rechercher, dans leur prudence, en tenant « compte des circonstances antécédentes ou actuelles, le « degré d'influence que le sentiment malade a pu exerce « sur l'action du libre arbitre. »

Au milieu de cette débauche de psychologie, on est heureux de trouver la courte communication de Morel, — elle n'a que trois pages, — où ce disciple éminent de Falret expose quelques-unes de ces notions fondées sur l'examen clinique, qui sont devenues les vérités d'au-

jourd'hui. Permettez-moi de m'arrêter un instant sur cette réaction de la médecine contre la philosophie, d'en indiquer le sens et la portée.

Morel, se plaçant surtout au point de vue médico-légal, pose d'abord en principe que, tout en admettant l'influence des causes morales, autrement dit, de l'idée sur l'organisme, on ne saurait être amené à trouver, chez un inculpé d'un crime quelconque, les véritables éléments d'une aliénation que lorsqu'on a pu baser son observation sur un trouble des fonctions organiques. De là, l'indispensable nécessité « d'examiner l'aliéné tel qu'il est, tel que le fait la maladie dont il souffre, et « non pas tel que peuvent nous le présenter des idées « préconçues ». « L'aliéné est un être progressif : il « progresse dans ses systématisations délirantes, de « même que l'homme doué de l'intégrité de ses facultés « progresse dans la voie de la raison. » Il ne se présente pas tous les jours à l'observation sous les mêmes apparences : il est mobile, variable, paroxystique, avec des moments de rémission, d'intermittence, d'excitation et de dépression, etc. Puis, après avoir esquissé certaines analogies qu'il croit exister entre « les aliénés désignés sous le nom de monomanes » et les maniaques périodiques, Morel termine par les considérations suivantes qui sont tout un programme.

« En attaquant la théorie de la monomanie, écrit-il, « j'ai principalement eu pour objet d'offrir aux médecins experts un moyen plus rationnel, plus médical, « et conséquemment plus philosophique d'arriver à « asseoir les bases de leur jugement. Je sais les préventions des magistrats contre la monomanie ; mais « encore une fois, en attaquant cette forme, je n'ai pas « en l'intention de leur fournir une arme de plus pour « répudier l'intervention médicale. Appelé un jour devant le tribunal de première instance de Nancy, à

« titre d'expert, j'ai entendu dire à M. le président des « assises (s'appuyant sur l'autorité de Marjolin) que « toutes les fois qu'un individu se présentait aux jurés « avec une monomanie du vol, de l'escroquerie, etc., il « fallait avoir la monomanie de le condamner.

« Jamais, pour ma part, je n'accepte la position d'un « expert discutant l'existence d'une monomanie quel- « conque, et je conjure mes collègues d'en faire autant. « Je n'examine qu'une seule question : L'individu « était-il aliéné, autrement dit, malade, au moment de « la perpétration du fait criminel qui est articulé contre « lui ? — Je suis persuadé, et je l'ai écrit à plusieurs « de mes confrères qui blâmaient mes idées, je suis « persuadé, dis-je, que les actes désignés par Esquirol « et Marc sous les noms de monomanie du vol, de « l'incendie, de l'homicide, ne sont que les consé- « quences d'une maladie principale qui trouble la rai- « son, et que, comme l'aliéné est un être *variable et* « *progressif*, il n'y a pas plus de motifs pour que, « dans telle circonstance, il se livre au meurtre, et dans « telle autre au vol et à l'incendie. On est aliéné ou on « ne l'est pas ; on ne peut l'être à moitié, comme l'a « déjà dit, je crois, M. Moreau, et du moment que « l'homme sort de l'état passionné pour entrer dans le « domaine de la folie, il n'est plus responsable de ses « actes, par la raison qu'il offre à l'observation un *tout* « *pathologique complet* que nous désignons sous le nom « générique de folie, d'aliénation mentale. Cet état « implique de toute nécessité l'irresponsabilité dans « les actes, et je comprends facilement que cette irres- « ponsabilité ne soit pas admise par les magistrats, qui, « d'accord sur ce point avec les partisans de la mono- « manie, disent aussi que, pour que l'acte ait été exé- « cuté sous l'influence de la folie, il faut qu'il se rat- « tache à l'ordre spécial d'idées, par rapport auquel

« existe le délire. Voilà le fatal écueil où nous entraîne « la théorie de la monomanie. »

On ne saurait mieux dire. Toutes ces réflexions, aujourd'hui devenues des lieux communs dans la pratique médico-légale n'eurent aucune influence sur la discussion en cours; elles ne furent même pas relevées, tant elles paraissaient à la majorité étrangères au débat; et cependant elles résumaient et résolvaient d'une façon définitive, ainsi que l'avenir l'a prouvé, cette difficile et délicate question de la monomanie. N'est-ce pas le cas de rappeler ce que Buchez, parlant de ses propres théories, dit à la séance suivante : « Toutes les fois qu'une idée est un peu nouvelle, on doit s'attendre à ce qu'elle soit accueillie avec une défiance extrême. Avant d'être reçue, il faut qu'elle traverse un monde d'objections. Cette destinée réservée aux choses neuves dans la science ne doit ni étonner ni décourager... »

Dans la séance du 26 février 1855, l'ordre du jour étant épuisé, Delasiauve prit incidemment la parole pour signaler à ses collègues une forme spéciale de manie, fréquente surtout chez les enfants et compliquée de phénomènes extatiques, dont les accès, d'une durée variable, se répètent à des intervalles quelquefois très rapprochés. Cette communication fut suivie d'une discussion qui roula d'abord sur l'extase. Mais de l'extase à l'hallucination, il n'y avait qu'un pas, et ce pas fut vite franchi (1).

Telle est l'origine de ce remarquable débat sur l'un

(1) Delasiauve. Forme maniaque spéciale chez les enfants. Discussion sur les hallucinations : Moreau (de Tours), Belhomme, Delasiauve, Alfred Maury, Buchez, Baillarger, Pesse, Ferrus, Adolphe Garnier, Sandras, Gerdy, de Castelnau, Brierre de Boismont, Michéa, Bourdin. (Séances des 26 février, 30 avril, 29 octobre, 10 et 31 décembre 1855; des 28 janvier, 25 février,

des symptômes les plus fréquents de la folie : il dura plus d'un an et n'occupa pas moins de dix séances où cette question si complexe fut abordée sous toutes ses faces : description clinique, analyse psychologique, anatomie et physiologie pathologiques, etc. La lecture en est attachante ; elle séduit par la clarté de la méthode, la propriété des termes employés, la netteté des définitions. C'est qu'on se trouvait là en présence d'un phénomène aux manifestations bien connues, dont l'explication seule pouvait être sujette à discussion.

Dès le début, Buchez établit une distinction, non sans importance, entre l'hallucination, symptôme morbide, et l'hallucination qui, en certains cas, peut se produire à l'état de santé. Voici comment il caractérise ces deux espèces : « Dans l'une, dit-il, l'hallucination « est involontaire, l'individu en est dupe; dans l'autre, « l'hallucination est volontaire, l'individu la cherche et « la produit dans le but de s'en servir, il la quitte « quand il veut. » Et il citait comme exemples de cette dernière espèce, tel peintre capable de reproduire des ressemblances de mémoire, tel musicien qui entendait en lui-même et le chant, et les suites d'accords, et les sonorités nouvelles, en même temps qu'il les créait.

Baillarger, puis Adolphe Garnier, objectent avec raison qu'il s'agit là non d'hallucinations, mais de représentations mentales. Le peintre, en effet, ne voit que dans son imagination les personnages qu'il veut peindre sur la toile; le musicien n'entend retentir que dans sa tête la musique qu'il compose; ni l'un ni l'autre n'extériorise ses sensations, à l'exemple de l'halluciné; elles ne prennent pas pour eux forme à l'extérieur.

31 mars et 28 avril 1856. — *Ann. méd.-psych.*, 1855, t. I^{er}, pp. 527 et 528; 1856, t. II, pp. 126, 134, 281, 292, 385, 390, 418 et 428.)

Une limite de démarcation nettement tranchée existe donc entre l'hallucination proprement dite et les idées-images même les plus intenses ou les réminiscences les plus vives. « Cette faculté mnémonique, comme le dit « excellement Baillarger, en une de ses suggestives « communications, cette faculté mnémonique, poussée « à ses extrêmes limites, ne sera jamais l'hallucination, « phénomène essentiellement pathologique, et qui « constitue la déviation la plus complète aux lois de la « physiologie. » Puis, résument toute sa pensée, ce savant observateur ajoute : « De même que je vois un « intervalle infranchissable entre la sensation normale « et le souvenir de cette sensation, de même il me « serait impossible de rapprocher l'hallucination de « cette même réminiscence, alors même qu'elle est « spontanée et involontaire, et je me fonde surtout sur « le témoignage des hallucinés sains d'esprit. Je con- « clus donc qu'il y a là un phénomène nouveau d'un « ordre spécial et tout à fait pathologique. »

Vous connaissez tous, Messieurs, les remarquables travaux de Baillarger sur les hallucinations ; sa théorie psycho-sensorielle de ce symptôme morbide est classique, et si elle n'explique pas tous les faits, les exceptions n'ont pas échappé à la sagacité de ce pénétrant clinicien. En effet, outre les hallucinations complètes ou psycho-sensorielles, composées, d'après lui, de deux éléments et qui sont le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens, il avait constaté, chez certains aliénés, des hallucinations incomplètes qu'il appela *psychiques* et qui seraient dues seulement à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, par suite tout à fait étrangères aux organes des sens. Comme il le rappelle avec raison, cette judicieuse distinction avait été faite depuis longtemps par les auteurs mystiques. « Les *Lettres spirituelles sur l'Oraison*

« nous fournissent d'utiles renseignements sur ce sujet.
« Elles admettent, en effet, des visions intellectuelles
« et corporelles, des locutions et des voix intérieures et
« extérieures, des odeurs et des goûts qui tantôt affec-
« tent l'âme, et tantôt arrivent aux organes des sens.
« Les voix sont : les unes intellectuelles et se font dans
« l'intérieur de l'âme; les autres, corporelles, frappent
« les oreilles extérieures du corps. »

L'hallucination psychique, longtemps niée, dans tous les cas très discutée, n'a plus aujourd'hui d'adversaire, surtout depuis les remarquables travaux de notre distingué collègue, M. Séglas, qui ont démontré qu'elle était une hallucination au même titre que les autres hallucinations, mais une hallucination psycho-motrice qui intéresse la fonction du langage dans ses éléments psycho-moteurs.

Il paraîtra étonnant qu'aucun des nombreux orateurs qui prirent part au débat — et il y avait parmi eux d'éminents cliniciens — n'ait pensé à l'aiguiller vers la clinique. Il y avait là matière à des recherches importantes; l'hallucination est, en effet, un symptôme des plus caractéristiques, qui, suivant ses modalités, suivant le sens affecté, fournit un élément de diagnostic de la plus haute valeur.

En revanche, on a longuement disserté sur la théorie de ce phénomène pathologique. Nous avons déjà rappelé celle soutenue par Baillarger. Voici celle imaginée par Adolphe Garnier : « Quand la conception est très forte, quand elle est excitée en nous par une passion, comme il arrive la plupart du temps, pour la conception de l'aliéné, l'impression de la partie du cerveau qui sert d'organe à la conception, se communique à la partie qui sert d'organe à la perception; et ainsi se fait la fausse perception qui trompe l'aliéné. Seulement, au lieu que l'impression vienne de l'objet du

« dehors, comme dans le cas de la perception normale, « l'impression vient du dedans ou du cerveau. » Comme on le voit, le subtil psychologue considère l'hallucination comme une sorte de répercussion, de choc en retour du cerveau sur le nerf sensoriel. La représentation mentale et subjective deviendrait, en s'exaltant outre mesure, une perception objective. Ce n'est, en somme, que le développement de cette célèbre formule de Lélut : « L'hallucination est la transformation de la « pensée en sensation. »

Avec Parchappe, anatomo-pathologiste d'une rare perspicacité, à qui nous devons cette démonstration magistrale des fonctions de l'écorce du cerveau, « siège commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme (1) », — avec Parchappe, nous sortons du domaine du vague et de l'imprécis pour entrer dans celui du réel et du précis. Dans sa communication d'une incontestable importance scientifique et même historique, « après avoir défini l'hallucination vraie, et l'avoir « distinguée des autres phénomènes qui ont aussi pour « caractère l'inhérence des conditions psychiques de « l'illusion ; après avoir établi que l'hallucination est « une altération de modalité, et non simplement de « quantité dans l'activité qui produit les phénomènes « d'imagination ; qu'elle est, dans sa manifestation ac- « tuelle, indépendante du concours des organes des « sens ; qu'elle ne peut être rigoureusement rapportée « à un état physiologique, bien qu'elle n'implique essen- « tiellement ni l'altération de la santé, ni même l'alté- « ration de la raison », notre éminent collègue se

(1) Parchappe. *Du siège commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme.* Première partie : Preuve pathologique. Paris, Victor Masson, 1856. — Cf. J. Soury. *Le système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines.* Paris, 1899, pp. 571 et suiv.

demande quelles sont les conditions organiques de production de ce phénomène, en un mot, quelle est sa localisation. Sa réponse, sans aucune ambiguïté, n'érige d'être reproduite textuellement.

« Si, comme je pense, dit-il, et comme j'en ai commencé la démonstration dans un ouvrage dont une partie est publiée, la couche corticale cérébrale est le siège organique commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité, le siège organique des hallucinations ne pourrait faire question. »

« Ainsi, pour moi, non seulement les hallucinations vraies sont toujours encéphaliques, mais encore elles sont cérébrales, et la condition organique de leur manifestation doit être cherchée essentiellement dans un état vital particulier de la couche corticale cérébrale. »

N'y a-t-il pas là, selon l'ingénieuse expression de Montaigne, le bout du fil, qu'il n'est que de tenir? « On en desvide tant qu'on veult (1). » Après les découvertes de Parchappe, en effet, d'autres devaient suivre, qui permirent enfin à notre savant collègue, M. le professeur Tamburini, d'édifier sa théorie de l'hallucination, aujourd'hui généralement adoptée, et qui considère ce symptôme morbide comme « un état irritatif des centres sensoriels de l'écorce (2) ».

La vieille querelle entre partisans et adversaires des folies sympathiques semblait, sinon éteinte, du moins assoupie, lorsqu'elle fut réveillée par la publication de l'excellente thèse du regretté Ch. Loiseau, qui fut un de nos dévoués secrétaires généraux. Ce travail, écrit

(1) Montaigne. *Essais*, IV, 180.

(2) Tamburini. La théorie des hallucinations. (*Revue scientifique*, 1881, t. XXVII, p. 138.)

sous l'inspiration de son maître Archambault, est, sans contredit, le résumé le meilleur, au point de vue historique et clinique, de cette question, telle qu'on la concevait à l'époque. Présenté par son auteur à la séance du 13 octobre 1856, il souleva un intéressant débat (1).

Dans ce groupe de folies sympathiques, on faisait entrer les cas les plus disparates : les aliénations mentales consécutives à une lésion de l'utérus ; celles dues à la puerpéralité, à des maladies du foie, de l'estomac, etc. Aujourd'hui, la plupart de ces faits, dont la pathogénie est bien étudiée, constituent un groupe nouveau, celui des folies par auto-intoxication. Quant aux autres, la question posée par Baillarger, se pose toujours. « La grande difficulté, dit-il en ouvrant la discussion, est toujours de savoir si l'organe malade est le point de départ de l'aliénation mentale, ou s'il ne fait que réveiller dans le cerveau une prédisposition qui y existait en germe. »

Telle a été, sauf de rares dissidences, la note dominante de cette discussion, dont la conclusion a été donnée par Baillarger en ces termes : « Le sujet est très obscur et le mot lui-même est mal défini, d'où il résulte qu'on cite des faits de nature différente. Mais il y a des faits reconnus de tout le monde ; c'est, par exemple, l'influence des règles sur la folie ; il y a là une relation entre l'époque menstruelle et l'excitation cérébrale, une relation incontestable de cause à effet. »

(1) Ch. Loiseau. Sur les folies sympathiques. *Thèse de Paris, 1856.* Discussion : Baillarger, Loiseau, Pinel, Michéa, de Castelnau, Parchappe, Peisse, Maury, Moreau (de Tours), Fournet, Delasiauve, Brierre de Boismont, Cerise, Peisse, Brochin, Bellhomme, Hubert Valleroux, des Etangs, Archambault, Legrand du Saulle. (Séances du 28 juillet, 27 octobre, 10 et 24 novembre 1856 ; du 27 février 1857. — *Ann. méd.-psych.*, 1857, t. III, pp. 104, 112, 273, 423 et 434.)

La question de ce qu'on appelait alors les *névroses extraordinaires*, c'est-à-dire la catalepsie, le somnambulisme, l'hystérie enfin sous ses formes multiples, — cette question si complexe et si délicate occupa notre Société à plusieurs reprises : la première fois en 1857, à la suite d'un rapport de Cerise sur le *Traité de la catalepsie* de Puel (1); la deuxième, en 1860, après la lecture d'une intéressante observation de somnambulisme hystérique, faite par notre éminent collègue et président, M. Motet (2); d'autres fois encore à l'occasion de présentation de faits nouveaux.

Ces observations, ces discussions, se font toutes remarquer par un scepticisme vraiment scientifique, un rare esprit de discernement, un grand sens des réalités cliniques, toutes qualités que nous avons vu appliquer, depuis, avec tant de succès, à l'étude de l'hystérie, par l'illustre professeur Charcot et son école, et qui sont indispensables en un sujet où le sentiment du merveilleux, la dissimulation et la fourberie semblent se liguer pour en imposer à l'observateur.

La question de la paralysie générale, cette grande découverte médicale du XIX^e siècle, ne pouvait manquer d'avoir son heure. Cette heure vint, à la séance du 29 mars 1858, à l'occasion de la thèse de Linas, ancien interne de la Maison de Charenton, intitulée : *Recher-*

(1) Cerise. Rapport sur la Catalepsie de Puel. (*Ann. méd.-psych.*, 1858, t. IV, p. 441.) Discussion : Michéa, des Etangs, Cerise, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Buchez, Peisse, Ferrus, Ad. Garnier, Maury, Pinel, Parchaphe, Delasiauve, J. Falret, Lunier, Michéa, Bourdin, Dechambre, Schnepf, Belhomme. (Séances des 30 mars, 27 avril, 25 mai, 17 juillet, 26 octobre, 16 et 30 novembre, 14 et 28 décembre 1857, 25 janvier et 22 février 1858. — *Ann. méd.-psych.*, 1857, t. III, pp. 450, 585, 597 et 627; 1858, t. IV, p. 222, 227, 236, 249, 265, 293 et 312.)

(2) Motet. Observation de névrose extraordinaire. (Séance du 27 février 1860. — *Ann. méd.-psych.*, 1861, t. VII, p. 630.)

ches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale. La discussion, qui eut toute l'ampleur désirable, occupa neuf séances. Tous les membres qui, par leur savoir et leur expérience, étaient autorisés à prendre la parole en un tel débat, donnèrent leur avis; et l'on a ainsi un tableau, que l'on peut appeler vécu, de ce que pensaient à ce moment nos maîtres sur ce sujet, si controversé encore, de la paralysie générale (1).

Ce fut Parchappe qui ouvrit le feu par un discours très méthodique où il s'appliqua à répondre à deux questions principales : 1^o La paralysie générale des aliénés est-elle une espèce morbide distincte ? 2^o Quelle place lui assigner dans une classification nosologique ?

Sur le premier point, notre distingué collègue est nettement affirmatif. « N'est-ce pas, en effet, une espèce « morbide distincte de toutes les autres, dit-il en concluant cette partie de son argumentation, une maladie qui se produit sous l'influence des causes entraînant « la surexcitation du cerveau, principalement chez « l'homme et dans l'âge de la virilité ; dont les symptômes se résument en une lésion générale et simultanée « de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité ; qui a pour siège la couche corticale des deux hémisphères cérébraux ; qui a pour caractère anatomo-pathologique constant un ramollissement inflammatoire de la couche corticale cérébrale dans les deux hémisphères ; qui, à travers des congestions cérébrales plus ou moins répétées, entraînant de jour

(1) Discussion sur la paralysie générale : Baillarger, Brierre de Boismont, Parchappe, Peisse, Delasiauve, Fournet, Ferrus, Pinel, Belhomme, Jules Falret, Moreau (de Tours), Pouzin. (Séances des 29 mars, 26 avril, 31 mai, 28 juin, 26 juillet, 25 octobre et 29 novembre 1858 ; 31 janvier et 28 février 1859. — *Ann. méd.-psych.*, 1858, t. IV, pp. 453, 462, 569 et 580 ; 1859, t. V, pp. 119, 283, 288, 457 et 480.)

« en jour un affaiblissement plus prononcé de l'intelligence, de mouvement volontaire et de la sensibilité, aboutit fatallement à la mort par la congestion ou le marasme cérébral. »

Quant à la place que Parchappe assigne à la paralysie générale dans le cadre nosologique, elle lui semble très nettement délimitée : cette affection, formant une espèce distincte du genre folie, sous le nom de folie paralytique.

Ce discours constituait un excellent point de départ de la discussion. La question était bien posée. La lutte allait s'engager entre les partisans de l'unité de la paralysie générale, dont Parchappe était le champion convaincu, et la dualité de cette affection que Baillarger soutenait avec une ardeur non moins passionnée. C'est dans cette discussion que ce dernier observateur exposa, pour la première fois, sa théorie de la manie congestive, qui lui permit d'établir plus tard sa distinction entre la folie paralytique et la démence paralytique ; elle n'y trouva guère de défenseurs. La majorité se ralliait aux idées de Parchappe, et parmi les discours prononcés pour les défendre, il faut citer tout particulièrement celui de notre savant et vénéré collègue, M. Jules Falret, qui, dans une argumentation pressante, répondit à toutes les objections qui étaient faites par les tenants de la dualité de la paralysie générale,

Si, dans ce remarquable débat, on apprécie vivement l'argumentation serrée de Parchappe, de M. Jules Falret, d'autres encore, on ne peut s'empêcher d'admirer l'ardeur combative de Baillarger, la souplesse de son esprit, les ressources de sa dialectique. Jusqu'à la fin de la discussion, il resta sur la brèche, défendant pied à pied les idées qu'il considérait comme justes, en faveur desquelles il trouvait sans cesse des preuves nouvelles.

Ce débat sur la paralysie générale n'était qu'une pre-

mière escarmouche, qui fut suivie de plusieurs autres. Cette question si brûlante est, en effet, inépuisable ; on la croit résolue, lorsqu'elle se présente sous de nouvelles formes à nos recherches et à nos méditations.

Dans la séance du 28 octobre 1861, il y eut une légère reprise : il s'agissait, cette fois, de la période maniaque de la paralysie générale ; mais il fut surtout question de ces cas, appelés par Baillarger manie congestive, où les malades présentent du délire ambitieux avec des symptômes de périencéphalite chronique, et guérissent au bout d'un temps plus ou moins prolongé. De nombreuses observations de ce genre furent citées, mais personne ne voulant attaquer le sujet de front, la discussion tourna court (1).

La question ne devait reparaître à l'ordre du jour des séances de la Société que le 27 avril 1868, et cela à propos de la lecture du mémoire sur l'anatomie pathologique et la nature de cette affection, fait en collaboration par Bonnet et Poincaré (2). Vous connaissez tous, Messieurs, les conclusions de cet important travail qui fait jouer un rôle capital dans la pathogénie de la maladie aux altérations des cellules de toute la chaîne du grand sympathique.

Cette théorie fut combattue par Achille Foville comme trop exclusive et, surtout, comme étant insuffisamment démontrée. Rien ne prouve, en effet, que le point de départ de la paralysie générale soit dans le système ganglionnaire ; tout, au contraire, semble en

(1) Sur la période maniaque de la paralysie générale. Discussion : Baillarger, Brierre de Boismont, Jules Falret, Trélat, Parchappe, Alfred Maury. (Séance du 28 octobre 1861. — *Ann. méd.-psych.*, 1862, t. VIII, p. 281.)

(2) Poincaré et H. Bonnet. Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale. (*Ann. méd.-psych.*, 1868, t. XII, pp. 169 et 346.) Discussion : Ach. Foville. (Séance du 27 avril 1868. — *Id.*, p. 254.)

faveur de cette thèse, que, « dans cette maladie, les « lésions des différentes régions du système nerveux, « cerveau, moelle et grand sympathique, ne procéde- « raient pas les unes des autres, mais se développe- « raient d'une manière parallèle et s'associeraient les « unes aux autres dans des proportions variables d'inten- « sité et de durée ».

Et de fait cet envahissement, par le processus mor- bide, des régions les plus diverses du système nerveux, Ach. Foville eut l'occasion de le démontrer dans une savante communication, à propos d'un débat, soulevé à la séance du 27 juin 1872, sur les relations de la para- lysis générale et de l'ataxie locomotrice. Des points nombreux que notre distingué collègue abordait dans son mémoire, aujourd'hui classique, ce dernier seul fut retenu dans la discussion, qui ne fut pas, cette fois, poussée à fond (1).

Mais cette question des rapports de la périencéphalite chronique diffuse et du tabes était trop importante pour ne pas avoir de nouveau les honneurs de l'ordre du jour. En effet, un an ne s'était pas écoulé qu'elle y revint, amenée par une communication de M. J. Falret. Cette fois, elle fut serrée de plus près ; à l'aide de faits, on s'appliqua à élucider son côté clinique sans oublier le point de vue anatomo-pathologique, capital dans le cas particulier (2).

La théorie de la paralysie générale est un de ces pro- blèmes complexes, dont la solution s'éloigne au fur et à mesure qu'on les étudie davantage. Chaque génération

(1) Ach. Foville. De la paralysie générale par propagation. Etude des relations entre la paralysie générale d'une part, l'ataxie locomotrice, l'amaurose, les paralysies partielles et généralisées de l'autre. (*Ann. méd.-psych.*, 1873, t. IX, p. 5.)

(2) Discussion sur les rapports de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice : J. Falret, Magnan, Lunier, Voisin, Dela- siauve, Pouzin, Billod. (Séances des 26 mai et 30 juin 1873. — *Ann. méd.-psych.*, 1873, t. X, pp. 472 et 477.)

apportant un nouveau contingent de faits et d'observations, modifie aussi les interprétations admises jusque-là ; et, par suite, se justifie la nécessité de nouvelles révisions qui, si elles ne concilient pas toujours le présent avec le passé, peuvent cependant nous amener à une plus grande approximation de la vérité.

Ces réflexions s'appliquent aux diverses discussions sur la paralysie générale dont nous avons encore à vous entretenir. Elles furent courtes, mais substantielles, la métaphysique ni la psychologie n'ayant pas à intervenir en un sujet où l'anatomie pathologique et la clinique ont seules la parole.

La première de ces discussions eut lieu en 1877, à la suite d'une importante communication de Luys (1) « sur les lésions intimes qui constituent la paralysie générale progressive » ; à l'aide de préparations cet anatomiste distingué démontra que cette maladie, « au point de vue nosologique, peut être considérée, dès maintenant, comme une véritable sclérose interstitielle diffuse de la névrogie des centres nerveux ».

Par suite de cette désorganisation lente et progressive des éléments nerveux, qui amène à sa suite l'abolition également lente et progressive de l'intelligence et des mouvements, il est presque impossible, d'après Baillarger, de se rendre compte de ce qu'on appelle les rémissions, qui ne sont pas rares dans cette affection. On sait à l'aide de quelle hypothèse cet éminent aliéniste tournait la difficulté : sa théorie dualiste est bien connue ; elle lui semblait donner la solution la meilleure

(1) J. Luys. Anatomie pathologique de la paralysie générale. Discussion : Baillarger, Luys, Fahet, Lunier, Legrand du Saulle, Dagonet, Billod, Lasègue, Delasiauve, Lunier. (Séances des 27 mai, 30 juillet, 29 octobre, 12 et 28 novembre 1877. — *Ann. méd.-psych.*, 1877, t. XVIII, pp. 97, 412 et 427 ; 1878, t. XIX, pp. 67 et 92.)

du problème des rapports de la paralysie générale et de la folie. C'est elle qu'il exposa de nouveau devant la Société avec beaucoup d'autorité, et avec des arguments qui paraissent, au premier abord, sans réplique. Aucun de ses auditeurs ne voulut le suivre sur ce terrain ; on doit le regretter. M. J. Falret crut faire œuvre plus utile, en exposant une thèse qui lui est chère, celle des diverses variétés de la paralysie générale. Sans doute, cet exposé ne se rattachait que très indirectement à la question en discussion. Tout est en tout, répète-t-on volontiers, et cet adage s'applique surtout aux débats des sociétés savantes. Néanmoins, avec Billod, Lasègue, Lunier, on rentra dans la question, et Baillarger put répondre aux objections faites à sa théorie.

Si la question des rapports de la paralysie générale et de la folie présente de sérieuses difficultés, celle des rapports de la syphilis et de la périencéphalite chronique diffuse n'en présente pas moins. On l'a bien vu par les vifs débats qu'elle a suscités ici comme au dehors.

Le premier fut soulevé par le mémoire bien connu de Foville, combattant la création du professeur Fournier, d'une pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique, et démontrant, à l'aide de faits à l'appui, qu'il existe « quelques cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques, isolées dans les hémisphères cérébraux, déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale, que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complètement différentes (1) ».

(1) Ach. Foville. Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. Difficulté de distinguer la paralysie générale de certaines altérations syphilitiques du cerveau.

Quoique l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale eût déjà, à cette époque, des partisans très convaincus, ce problème étiologique ne fut pas abordé dans cette discussion. Le professeur Lasègue se contenta d'affirmer qu'il n'y avait pas de paralysie générale syphilitique ; quant à notre excellent collègue, M. Christian, il fut, dès cette époque, ce qu'il ne cessa d'être depuis, adversaire déclaré de cette théorie étiologique ; il la considérait comme « peu soutenable ».

Les hasards de la clinique amenant sans cesse des faits nouveaux, cette question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale devait revenir bien des fois à l'ordre du jour de nos séances. C'est ainsi qu'une très intéressante présentation faite par notre savant collègue, M. Charpentier, d'un cas de lésions syphilitiques simulant une paralysie générale, permit à MM. Magnan, Motet et Paul Garnier de discuter savamment le diagnostic différentiel entre les deux affections (1).

Mais le moment allait venir — il n'était même pas loin — où, ne s'inquiétant plus guère de ces finesse de diagnostic, on ne verra plus dans les relations de la syphilis et de la paralysie générale que des rapports de cause à effet.

Cette solution extrême, qui semble, actuellement du moins, prédominer dans le monde scientifique, n'apparut d'abord dans notre Société qu'avec des allures timides. Dans un travail intitulé : *Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux*, M. Le Filliatre,

(*Ann. méd.-psych.*, 1879, t. I, p. 352.) Discussion : Lunier, Lasègue, Christian, Baillarger, Mesnet. (Séances du 28 avril, 26 mai et 30 juin 1879. — *Ann. méd.-psych.*, 1879, t. II, pp. 92, 297 et 301.)

(1) Charpentier. Lésions syphilitiques simulant une paralysie générale. Discussion : Magnan, Paul Garnier, Charpentier, Foville, Delasiauve, Legrand du Saule, Aug. Voisin, Motet. (Séance du 30 juillet 1883. — *Ann. méd.-psych.*, 1884, t. XI, p. 99.)

alors interne dans le service de M. Vallon, nous présenta une statistique des plus suggestives, d'après laquelle, sur quarante paralytiques généraux, on avait constaté vingt-deux fois des antécédents syphilitiques, et l'auteur en concluait que « si la syphilis n'est pas la cause déterminante de la paralysie générale, elle n'en reste pas moins *une grande cause prédisposante* (1) ».

Dans la discussion qui suivit, cette assertion ne trouva guère que des contradicteurs. En 1893, les partisans exclusifs de l'origine spécifique de la paralysie générale étaient encore rares parmi nous. Quelques années après, la situation avait changé.

Une première escarmouche avait lieu à la suite d'une communication de notre savant collègue, M. Paul Sollier, sur un cas de paralysie générale juvénile d'origine héréro-syphilitique (2), communication qui a pour complément une intéressante note de M. Régis, suivie d'une réponse de M. Christian (3). On sait avec quelle science, quelle obstination, le distingué professeur de Bordeaux poursuit ces deux idées qu'il a faites siennes, pour ainsi dire : l'origine spécifique de la paralysie générale et la paralysie générale juvénile. On sait aussi avec quel talent, avec quelle énergie M. Christian ne cesse de combattre ce qu'il considère comme des hérésies cliniques. On l'a bien vu dans l'important débat soulevé par notre éloquent et si sympathique vice-président,

(1) Le Filliâtre. Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux. Discussion : Charpentier, Aug. Voisin, Vallon, Roubinovitch, Christian, Le Filliâtre, Briand. (Séance du 27 mars 1893. — *Ann. méd.-psych.*, 1893, t. XVII, p. 436.)

(2) Paul Sollier. Un cas de paralysie générale d'origine héréro-syphilitique. Discussion : Arnaud, Vallon, Christian, Briand, J. Voisin, Sollier. (Séance du 29 novembre 1897. — *Ann. méd.-psych.*, 1898, t. VII, p. 108.)

(3) Régis. Quelques réflexions générales à propos de la paralysie générale juvénile. Discussion : Christian. (Séance du 28 février 1898. — *Ann. méd.-psych.*, 1898, t. VII, p. 440.)

M. Gilbert Ballet, quand il vint décrire devant nous les lésions cérébrales de la paralysie générale étudiées par la méthode de Nissl (1).

Brûlant ce qu'il avait adoré, M. Ballet fut converti à ses nouvelles idées par ses études, aussi délicates qu'approfondies, d'histologie pathologique. Il en sortit absolument convaincu de l'origine spécifique de la paralysie générale. Cette conviction est étayée sur un faisceau de preuves, qu'il est bon de rappeler :

« 1^o Les statistiques, surtout les statistiques urbaines ;

« 2^o L'étude étiologique des cas de paralysie féminine ;

« 3^o Celle de la paralysie générale juvénile ;

« 4^o Les expériences d'inoculation, expériences que nous pouvons critiquer au point de vue de la morale, mais que nous avons le droit d'utiliser ;

« 5^o Enfin, l'anatomie pathologique dans laquelle on avait voulu trouver à tort un argument contre la spécificité et qui plaide au contraire en sa faveur. »

La discussion qui suivit cette profession de foi, et qui ne dura pas moins de cinq séances, est de date trop récente pour être sortie de la mémoire de ceux qui y ont assisté. Tous les arguments pour ou contre l'origine syphilitique de la paralysie générale furent développés devant vous, partisans et adversaires se donnant la réplique. Mais comme il advient toujours en pareil cas, la contradiction ne fit que confirmer chacun dans son opinion. Il n'en est pas moins vrai que ce long débat,

(1) Gilbert Ballet. Les lésions cérébrales de la paralysie générale étudiées par la méthode de Nissl. Discussion : Charpentier, Aug. Voisin, Briand, Daniel Brunet, Christian, Sollier, Ballet, Raffegau, Mairet et Vires, Arnaud, Toulouse, Vallon, Joffroy, Taguet. (Séances des 28 février, 28 mars, 6 juin, 27 juin et 28 novembre 1898. — *Ann. méd.-psych.*, 1898, t. VII, pp. 434 et 460; 1899, t. VIII, pp. 273 et 293; 1899, t. IX, p. 113.)

passionné, mais toujours courtois, fut très utile. En révélant bien des faits, en remuant nombre d'idées, il devra susciter de nouvelles recherches qui feront progresser la question en litige. A ce point de vue surtout, il fait le plus grand honneur, tant au maître qui l'a provoqué qu'aux nombreux collègues qui y prirent une part si active et si intelligente.

La paralysie générale, comme l'on voit, est un sujet inépuisable ; innombrables sont les questions qu'elle soulève. La plupart d'entre elles ont été abordées devant vous en de savantes communications qu'il serait trop long d'énumérer, et surtout d'analyser. Il nous est néanmoins impossible de passer sous silence cette intéressante observation de paralytique général parricide, présentée par notre regretté collègue Camuset, qui donna l'occasion de discuter la prétendue bienveillance si libéralement attribuée à ce genre de malades (1) ; les recherches de M. Christian sur la période pré délirante de la paralysie générale (2) ; le travail si suggestif de M. Charpentier sur les intoxications et la paralysie générale (3) ; la communication de M. le professeur Joffroy sur le réflexe pharyngien chez les paralytiques généraux (4) ; une étude statistique de M. Marcel Briand sur

(1) Camuset. Un paralytique général parricide. Discussion : Marandon de Montyel, Camuset, Paul Garnier, Legrain, Vallon, Briand. (Séance du 24 décembre 1888. — *Ann. méd.-psych.*, 1889, t. IX, p. 260.)

(2) J. Christian. De la période pré délirante de la paralysie générale. Discussion : Paul Garnier, Gilbert Ballet, Ch. Fétré, Christian, Falret. (Séance du 27 novembre 1897. — *Ann. méd.-psych.*, 1888, t. VII, p. 117.)

(3) Charpentier. Les intoxications et la paralysie générale. Discussion : Vallon, P. Garnier, Falret, Ritti, Briand, Aug. Voisin, Charpentier, Falret, Marandon de Montyel, Christian, Bouchereau. (Séance des 30 juin et 24 novembre 1890. — *Ann. méd.-psych.*, 1890, t. XII, p. 227 ; 1891, t. XIII, p. 98.)

(4) Joffroy. Du réflexe pharyngien chez les malades atteints de la paralysie générale des aliénés. Discussion : Aug. Voisin, Jof-

les modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale (1)... Mais je vois que ces travaux sur la périencéphalique chronique sont légion, et, pressé par le temps, je suis obligé d'en passer et des meilleurs, pour arriver à un des sujets les plus obscurs, les plus douloureux de la médecine.

L'épilepsie — car c'est d'elle qu'il s'agit — est la véritable énigme de la pathologie, dont plusieurs siècles de travaux et d'observations n'ont pas encore permis de pénétrer le sens. Cette question devait, à cause même de ses difficultés, attirer l'attention de notre Compagnie. Néanmoins, en dehors de nombreuses communications individuelles, elle ne donna lieu à aucune grande discussion, sauf sur un des points qui paraît très sujet à controverses, l'épilepsie larvée.

Dans la séance du 11 novembre 1872, Berthier communiquait sous ce titre : *Des transformations épileptiques*, une série de faits du plus haut intérêt, concernant l'interversion des états vésanique et épileptique : chez certains de ces malades, l'épilepsie avait succédé à une vésanie ; chez les autres, la vésanie avait pris la place de l'épilepsie (2).

Tel fut le point de départ de cet important débat sur

froy, Rouillard, Christian. (Séance du 13 novembre 1893.—*Ann. méd.-psych.*, 1894, t. XIX, p. 90.)

Paul Sollier. Réflexes pharyngien et massétérin dans la paralysie générale. Discussion : Joffroy, Aug. Voisin, Sollier, Ballet, Christian, Marandon de Montyel. (Séance du 29 janvier 1894. — *Ann. méd.-psych.*, 1894, t. XIX, p. 294.)

(1). Marcel Briand. Etude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale. Discussion : Ballet. (Séance du 26 février 1894. — *Ann. méd.-psych.*, 1894, t. XIX, p. 488.)

(2) Berthier. Des transformations épileptiques. Discussion : Lasègue, Berthier, J. Falret, Legrand du Saulle, Lunier, Dally, Delasiauve, Bouchereau, Mundy. (Séance du 11 novembre 1872. — *Ann. méd.-psych.*, 1873, t. IX, p. 135.)

l'épilepsie larvée, qui occupa sept séances et où furent apportés des faits du plus haut intérêt, par tous les membres qui y prirent une part active. Sans compter la longue communication de Delasiauve, étayée sur plus de cinquante observations, il faut relire toute cette discussion où Lasègue, Legrand du Saulle, Baillarger, Billod, M. J. Falret, vinrent successivement apporter leurs idées, avec faits à l'appui, sur cette création du génie de Morel. L'illustre médecin de Saint-Yon voulut défendre lui-même ses opinions devant ses collègues ; il le fit, dans la séance du 25 novembre 1872, avec une grande vigueur, malgré les graves atteintes de la maladie qui devait l'emporter quelques mois après (1).

Un des problèmes qui longtemps passionna les médecins aliénistes fut celui de l'existence ou de la non-existence de la folie raisonnante, en tant que type morbide nettement défini et distinct. Aujourd'hui, grâce à une étude plus approfondie des malades atteints de ce pré-tendu genre de folie, ce problème n'en est plus un ; mais les discussions qui amenèrent la modification des idées sur ce point intéressant de la pathologie mentale, n'en méritent pas moins notre attention.

Celle qui se développa dans la Société durant les années 1866 et 1867, mérite une mention spéciale parce que, si l'on peut ainsi dire, elle déblaça le terrain (2).

(1) Discussion sur l'épilepsie larvée : Morel, Lasègue, J. Falret, Delasiauve, Fournet, Billod, Brierre de Boismont, Lunier, Legrand du Saulle, Berthier, Baillarger, Motet, Mundy, Dally. (Séances des 25 novembre, 15 et 20 décembre 1872 ; des 27 janvier, 24 février et 31 mars 1873. — *Ann. méd.-psych.*, 1873, t. IX, pp. 154, 300, 484 et 493 ; t. X, pp. 97, 154 et 293.)

(2) Discussion sur la folie raisonnante : J. Falret, Delasiauve, Aug. Voisin, Moreau (de Tours), Alfred Maury, des Etangs, Brierre de Boismont, Lunier, Legrand du Saulle, Baillarger, Morel, Billod, Pouzin, Foville, Girard de Cailleux, Fournet, Billod. (Séances des 8 et 29 janvier, 26 février, 26 mars,

La question qui jusque-là, se mouvait dans le vague, prenait terre, en quelque sorte ; elle se précisait, grâce surtout à la remarquable communication de M. Jules Falret qui appliqua ses rares qualités de clinicien à débrouiller ce ramas de faits disparates confondus sous la dénomination commune de folie raisonnante. Il sut en extraire diverses catégories, susceptibles d'une description distincte et séparée. Et d'abord, les faits d'exaltation maniaque qui ne sont que « l'une des phases d'une forme de maladie mentale plus complexe, c'est-à-dire un stade de la folie à double forme ou *folie circulaire* ». Puis ces faits de prétendue manie raisonnante, qui ne sont que l'expression de « la période d'exaltation qui précède souvent de plusieurs années l'explosion de la paralysie générale, surtout dans la variété expansive ». Il importe encore de détacher de ce groupe informe des folies morales, la folie hystérique, l'hypocondrie morale, enfin cette aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs, plus connue sous le nom de folie du doute avec folie de toucher.

Ces différenciations successives faisaient faire un grand pas à la science, en apportant de l'ordre et de la clarté là où n'existant que la confusion. En se maintenant dans cette voie, la discussion pouvait être avantageuse ; mais, comme il n'arrive que trop souvent, elle dévia à un moment donné, pour se diriger vers le point de vue médico-légal : on eut alors comme une reprise du débat sur la responsabilité partielle qui avait eu lieu quelques années auparavant et dont nous rendons compte plus loin.

Il me semble juste cependant de rappeler que, dans le

30 avril, 25 juin, 30 juillet, 12 et 29 octobre 1866 ; des 28 janvier, 25 mars et 29 avril 1867. — *Ann. méd.-psych.*, 1866, t. VII, pp. 379, 432 et 453 ; t. VIII, pp. 88, 97 et 384 ; 1867, t. IX, pp. 54, 67, 89 et 284 ; t. X, pp. 73 et 110.)

cours de cette discussion, Baillarger vint apporter deux cas intéressants de monomanie avec conscience qui, depuis, ont été maintes fois cités, et que Auguste Voisin communiqua l'histoire clinique détaillée du célèbre abbé Paganel, ce persécuté raisonnant qui finit ses jours à l'hospice de Bicêtre.

Il est une question qui, à cette époque, n'était encore qu'implicitement reliée à la précédente, c'est celle de l'hérédité des maladies mentales et nerveuses. Par son importance capitale, elle ne pouvait manquer d'appeler tôt ou tard l'attention de la Société. Elle fut abordée dans la séance du 25 novembre 1867, par une longue et intéressante communication de M. Jules Falret (1). Mais en présence de l'immense complexité du problème, force fut de le limiter, de ne l'étudier d'abord que d'un côté. On résolut donc, sur la proposition de Lasègue, de rechercher tout d'abord dans quelle proportion l'hérédité se montre dans une famille dont la mère ou le père est épileptique.

La discussion fut ouverte par la lecture d'un important mémoire de notre regretté collègue, Achille Foville (2). Vous connaissez tous, Messieurs, ce travail classique sur la transmission héréditaire de l'épilepsie, où, s'aidant de faits et de chiffres, l'auteur est arrivé non seulement à démontrer que l'épilepsie est transmissible par l'hérédité, mais à établir la probabilité des notions suivantes :

a) Des parents épileptiques courent le danger de

(1) Discussion sur l'hérédité dans les maladies mentales et nerveuses : J. Falret, Baillarger, Lasègue, Morel, Fournet, Delasiauve, Lunier. (Séance du 30 décembre 1867. — *Ann. méd.-psych.*, 1868, t. XI, p. 264.)

(2) Ach. Foville. Recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie. (*Ann. méd.-psych.*, 1868, t. XI, p. 202.)

perdre en bas âge une proportion considérable de leurs enfants ;

b) Parmi les survivants, un quart environ sera atteint d'épilepsie, plusieurs seront aliénés, une moitié environ sera à l'abri de ces maladies ;

c) A mesure qu'une génération s'éloignera davantage de la souche, l'influence héréditaire ira en s'affaiblissant et le nombre des membres malades atteints d'épilepsie ou de folie deviendra de plus en plus restreint ;

d) L'épilepsie aura beaucoup plus de tendance à se reproduire chez les descendants du même sexe que l'ascendant malade, que chez ceux du sexe opposé.

De cet important mémoire, il faut rapprocher les communications d'Auguste Voisin et de Durand (de Gros), eux aussi remplis de faits intéressants, et qui apportent un contingent sérieux à cette vaste enquête sur l'hérédité des maladies mentales et nerveuses en général, et de l'épilepsie en particulier, enquête qui reste toujours ouverte, mais qu'il nous appartiendrait de reprendre et de compléter, du moins autant que le permet l'extrême difficulté du sujet (1).

A cette question de l'hérédité, ainsi qu'à la précédente, celle de la folie raisonnante, se trouve intimement liée celle de la folie avec conscience. Elle ne pouvait manquer d'appeler l'attention de la Société; car il est bon de le faire remarquer, dans cette suite de discussions, provoquées comme au hasard, existe au contraire un véritable lien logique, un certain degré de dépendance qui fait que, très souvent, l'une complète et éclaire l'autre.

(1) Discussion sur la transmission héréditaire de l'épilepsie : Delasiauve, Lunier, Falret, Aug. Voisin, Foville, Durand (de Gros), Morel, Dally, Brierre de Boismont. (Séances des 17 février, 30 mars et 25 mai 1868. — *Ann. méd.-psych.*, 1868, t. XI, p. 419 ; t. XII, pp. 108 et 261.)

Cette première discussion sur la folie avec conscience ne donna pas tout ce qu'on en pouvait espérer (1). Sans doute, des faits intéressants furent apportés à l'appui d'idées justes ; mais, malheureusement, le débat ne tarda pas à dévier vers la psychologie et même la métaphysique. On peut imaginer la confusion qui s'ensuivit. Aux faits curieux de délire émotif communiqués par Morel, aux observations cliniques citées par Billod, répondirent des dissertations sans fin sur le libre arbitre, la conscience, le moi et le non moi. Que venaient faire des théories aussi nuageuses, sur lesquelles on ne trouve pas deux intelligences qui soient d'accord, en un sujet, difficile sans doute, mais qui ne saurait être élucidé que grâce à une analyse patiente et sage du plus grand nombre possible de faits !

La question des aliénés avec conscience de leur état devait être reprise, en 1875, et, par une nouvelle communication de M. J. Falret, où ce savant maître démontra que l'influence de l'hérédité n'est nulle part plus manifeste et plus constante que chez ce genre de malades (2). Mais cette fois encore l'immixtion de la psychologie devait empêcher d'aborder le côté clinique du problème, que M. J. Falret avait admirablement formulé de la manière suivante : « Existe-t-il des aliénés « avec conservation de la conscience de leur état ? — Si « cette forme mentale est une réalité, quelles variétés

(1) Discussion sur la folie avec conscience : J. Falret, Delasiauve, Fournet, Morel, Maury, Belloc, Pouzin, Billod, Dally, Girard de Cailleux. (Séances des 28 juin, 15 et 29 novembre, 13 et 27 décembre 1869, du 31 janvier 1870. — *Ann. méd.-psych.*, 1869, t. II, p. 275; 1870, t. III, pp. 99, 109, 263, 293 et 448.)

(2) Discussion sur la folie avec conscience : Falret, Lunier, Delasiauve, Fournet, Dally, Blanche, Motet, Lucas, Baillarger. (Séances des 28 juin, 26 juillet, 25 octobre, 15 et 29 novembre 1875. — *Ann. méd.-psych.*, 1875, t. XIV, pp. 433, 436 et 440; 1876, t. XV, pp. 62 et 240.)

» présente-t-elle? — Quel traitement convient-il de lui « opposer? — A quelles déductions médico-légales se « prête-t-elle? »

Tous ces points, qu'il eût été intéressant d'envisager dans leur ensemble, furent abordés, dans la suite, en détail, pour recevoir leur solution théorique dans ce grand débat sur les signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire, qui passionna la Société pendant les années 1885 et 1886. Mais ce grand débat sur une question aussi générale fut préparé, en quelque sorte, et longtemps à l'avance, par des discussions sur des points partiels; il semble comme l'aboutissement nécessaire d'efforts successifs pour arriver à élucider un des problèmes les plus difficiles de la médecine mentale.

C'est ainsi que furent étudiés d'abord les signes physiques de la folie raisonnante, et vous n'avez pas oublié les magistrales communications de M. J. Falret et de Legrand du Saulle qui ouvrirent le débat (1); puis, plus tard, la peur des espaces ou agoraphobie, dont Legrand du Saulle nous donna une description restée classique (2); et comme contre-partie, la claustrophobie ou peur des espaces fermés, dont le professeur Ball analysa les symptômes avec une rare pénétration (3). Vint ensuite le tour des persécutés raisonnants que notre vénéré col-

(1) J. Falret. Des anomalies physiques associées aux désordres de l'intelligence. (Séance du 31 janvier 1876. — *Ann. méd.-psych.*, 1876, t. XV, p. 413.) — Legrand du Saulle. Les signes physiques des folies raisonnantes. (Séance du 27 mars 1876. — *Id.* p. 424.) Discussion : Berthier, Delasiauve, Fournet, Billod, Falret, Lunier, Baillarger, Delasiauve, Dumesnil. (Séances des 24 avril, 29 mai et 26 juin 1876. — *Id.*, 1876, t. XVI, pp. 84, 114 et 229.)

(2) Legrand du Saulle. De la peur des espaces ou agoraphobie. Discussion : Falret, Fournet, Delasiauve, Dagonet. (Séance du 31 juillet 1876. — *Ann. méd.-psych.*, 1876, t. XVI, p. 404.)

(3) B. Ball. De la claustrophobie (*Ann. méd.-psych.*, 1879, t. II, p. 378.) Discussion : Bourdin, Motet, Luys. (Séance du 28 juillet 1879. — *Ann. méd.-psych.*, 1880, t. III, p. 96.)

lègue, M. J. Falret, avec sa sagacité clinique ordinaire, avait su nettement différencier des persécutés à évolution délirante systématique ; enfin, notre éminent collègue, M. Magnan, creusant avec soin ce sujet si délicat, des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles, y projeta des lumières inattendues qui permettent de remonter à la source de ces troubles si variés, parfois si bizarres, des fonctions génitales (1).

Le terrain, maintenant, était préparé ; la question des signes physiques, intellectuels et moraux des folies héréditaires, pouvait être abordée dans toute son ampleur. Elle fut mise à l'ordre du jour sur la proposition de M. J. Falret et occupa six longues séances, très intéressantes, très mouvementées, où de grandes dissidences se firent jour, mais qui donnèrent l'occasion de mieux poser le problème, de dissiper des malentendus, d'établir enfin les points sur lesquels l'accord était possible (2).

Il appartenait au promoteur de la discussion de poser les problèmes à étudier, d'indiquer les points en litige. M. J. Falret remplit cette tâche avec la plus grande précision et une connaissance approfondie du sujet à traiter : il exposa un véritable programme d'études, qui fut suivi en certaines de ses parties, mais dont les nombreux articles, s'ils devaient être étudiés à fond, pourraient occuper, durant de longues années, les ordres du jour de nos séances.

Le plus grand poids de la discussion fut porté par

(1) Magnan. Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. Discussion : J. Falret. (Séance du 26 janvier 1885. — *Ann. méd.-psych.*, 1885, t. I, p. 440.)

(2) Des signes physiques, intellectuels et moraux de folies héréditaires. Discussion : J. Falret, Magnan, Briand, Legrand du Saulle, Paul Garnier, Delasiauve, Cotard, Charpentier, Bouchereau, Christian, Raffegeau, Ritti. (Séances des 30 mars, 18 mai, 27 juillet, 30 novembre 1885 ; des 25 janvier, 22 février,

M. Magnan, dont les remarquables travaux, continuant l'œuvre géniale de Morel, avaient tout particulièrement développé la question si controversée des stigmates psychiques de la dégénérescence. En une magistrale communication, qui résumait le débat, notre éminent collègue répondit aux objections faites à ses idées, d'un côté par Bouchereau et Cotard, de l'autre par MM. J. Falret et Christian ; mais, comme on s'en doute bien, ce ne fut pas à la complète satisfaction de ses adversaires. Ceux-ci, néanmoins, ne purent s'empêcher de reconnaître que le savant médecin de Sainte-Anne défendait sa thèse avec une rare habileté, mettant à son service une érudition et des connaissances cliniques peu communes, et qu'il s'appliquait surtout à démontrer qu'entre ses opinions et celles de ses contradicteurs, il n'existeait souvent que des nuances résultant moins des faits que de leur interprétation.

Les nombreux problèmes que peut soulever l'étude clinique du délire de persécution, cette création du professeur Lasègue, furent pour la plupart soumis à votre examen. Personne n'a oublié ce remarquable mémoire sur la folie à deux, dû à la collaboration du professeur Lasègue et de M. Jules Falret, où se trouve étudiée avec une pénétrante sagacité clinique la communication, d'une aliénée à une autre personne, d'idées délirantes, le plus souvent de persécution (1) ; puis ce travail si sugges-

29 mars, 31 mai, 22 juin et 26 juillet 1886. — *Ann. méd.-psych.*, 1885, t. II, p. 73 et 225; 1886, t. III, pp. 87, 260, 420 et 436; t. IV, pp. 91, 236 et 264; 1887, t. V, p. 113.)

(1) Ch. Lasègue et J. Falret. La folie à deux ou folie communicative. (*Ann. méd.-psych.*, 1877, t. XVIII, p. 321.) Discussion : Baillarger, Lunier, Motet, Falret, Lasègue, Delasialve, Fournet, Bourdin, Aug. Voisin, Legrand du Saulle, Briere de Boismont. (Séances des 30 juin, 28 juillet, 24 novembre et 15 décembre 1873. — *Ann. méd.-psych.*, t. X, p. 477; 1874, t. XI, pp. 98, 233 et 352.)

tif de Foville sur les aliénés voyageurs ou migrants, dont la grande majorité sont des persécutés simples cherchant à s'expatrier pour échapper à leurs ennemis imaginaires, ou bien des persécutés mégalomanes, allant en pays étrangers, dans l'espoir d'y obtenir la réalisation de leurs ambitions chimériques et de s'y faire rendre la justice qu'on leur refuse chez eux (1).

Nous avons ensuite l'intéressante discussion sur le délire de persécution chez les aliénés raisonnants, soulevée par Bourdin, à laquelle prirent part Legrand du Saulle, Delasiauve et, surtout, M. J. Falret, qui exposa pour la première fois ses idées sur l'évolution du délire de persécution et les caractères qui différencient les aliénés atteints de cette maladie des persécutés raisonnants, encore appelés aliénés persécuteurs (2).

Cette théorie de l'évolution du délire de persécution, chère à son auteur, fut reprise par lui quelques années après, et provoqua une discussion où Lasègue avec son éloquence, sa précision habituelles, vint défendre l'œuvre qu'il avait créée quelque trente ans avant (3).

Rappelons enfin la communication si vivante de M. Motet sur les actes de violence commis par les persécutés en liberté, que Legrand du Saulle vint appuyer de sa grande expérience de médecin légiste (4), et nous

(1) Ach. Foville. *Les aliénés voyageurs ou migrants. Etude clinique sur certains cas de lypémanie.* (*Ann. méd.-psych.*, 1875, t. XIV, p. 5.)

(2) Bourdin. *Du délire de la persécution chez les anomaliens.* Discussion : Legrand du Saulle. (Séance du 28 janvier 1878. — *Ann. méd.-psych.*, 1878, t. XIX, p. 387). — Des aliénés persécutés raisonnants et persécuteurs : J. Falret, Lunier, Delasiauve, Bourdin. (Séance du 25 février 1878. — *Id.*, p. 413.)

(3) J. Falret. *De l'évolution du délire de persécution.* Discussion : Delasiauve, Mabille, Lasègue, Falret, Bourdin. (Séances des 8 et 29 novembre, 13 et 27 décembre 1880 et 31 janvier 1881. — *Ann. méd.-psych.*, 1881, t. V, pp. 93, 112, 266, 280 et 457.)

(4) Motet. *Actes de violence commis pour les persécutés en*

avons tout un cycle de travaux partiels qui ne demandaient plus qu'à être coordonnés, l'analyse appelant la synthèse. C'est là l'œuvre entreprise par la Société dans cette discussion célèbre sur le délire chronique, qui succéda immédiatement à celle sur la folie héréditaire et qui en constitue comme la contre-partie (1). A l'instabilité, à l'irrégularité des aliénés héréditaires s'oppose, en effet, la régularité, la systématisation des délirants persécutés.

Mais comment se produit cette systématisation ? Est-elle soumise à une loi fatale, d'une rigidité absolue ? C'est sur ce point que les opinions divergent, et il était nécessaire que ces divergences se produisissent au grand jour de la discussion.

On sait que les partisans du délire chronique assignent à cette affection quatre phases nettement définies qui se succèdent et apparaissent invariablement dans le même ordre.

- « 1^o La première période, dite d'incubation, où le malade troublé, inquiet, concentré, replié sur lui-même, en état permanent d'éréthisme psycho-sensoriel, aborde, après des hésitations plus ou moins longues, les interprétations délirantes ;
- « 2^o La deuxième période constituée par l'organisation d'un délire de persécution, où les idées maladives

liberté. Discussion : Legrand du Saulle. (Séance du 24 novembre 1884. — *Ann. méd.-psych.*, 1885, t. I, p. 256.)

(1) Du délire chronique. Discussion : Paul Garnier, J. Falret, Dagonet, Delasiauve, Marcel Briand, Cotard, Doutrebente, Christian, B. Ball, Charpentier, Saury, Camuset, Ballet, Séglas, Féré, Magnan, Ritti, Pichon, Lwoff, Marandon de Montyel. (Séances des 25 octobre et 29 novembre 1886; des 31 janvier, 28 mars, 23 mai, 27 juin, 25 juillet, 31 octobre et 26 décembre 1887; des 30 janvier, 27 février, 26 mars, 28 mai et 25 juin 1888. — *Ann. méd.-psych.*, 1887, t. V, pp. 118, 260 et 415; t. VI, pp. 54, 271, 303 et 404; 1888, t. VII, pp. 80, 270, 305, 424 et 463; t. VIII, pp. 105 et 247.)

« sans cesse alimentées par des troubles sensoriels,
« prennent corps, s'installent, se coordonnent et se
« systématisent;

« 3^e La troisième période caractérisée par l'intervention d'idées de grandeur marquant la systématisation ultime de délire et la transformation du moi maladif;

« 4^e La quatrième période, phase terminale de l'évolution vésanique, où l'échafaudage délirant s'écroule pièce à pièce, et où tout dénonce la déchéance mentale, la démence irrémédiable. »

Le litige, comme on peut le voir par la discussion qui suivit l'exposé si clair de la question, fait par notre savant collègue, M. Paul Garnier, le litige porta surtout sur les deux derniers stades du délire chronique. C'est en somme sur eux que devait rouler tout le débat.

Et d'abord la transformation du délire de persécution est-elle constante? S'observe-t-elle dans la majorité des cas? D'un autre côté, le délire de grandeurs, quand il survient, efface-t-il complètement le délire de persécution, au point de se substituer à lui? Sur ces diverses questions des opinions opposées se sont produites, quelques-unes très intransigeantes; mais il semble qu'une sorte d'accord finit par se produire. Grâce à une observation clinique plus précise, à laquelle n'a pas nui cet intéressant débat, on a dû reconnaître que la transformation du délire de persécution en délire de grandeurs était beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, et cela surtout parce qu'un grand nombre de persécutés dissimulent leurs idées mégalomaniaques. Le fait, que certains persécutés arrivent à cacher leur délire de grandeurs est la meilleure preuve de la coexistence chez les malades des deux modes délirants et de la non-substitution de l'un à l'autre. Comme l'a dit excellument M. J. Falret, « c'est un simple délire surajouté, qui ne

« fait disparaître, ni les idées de persécution anciennes,
« ni les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité
« générale qui caractérisaient les périodes précédentes ».

En ce qui concerne le dernier stade, celui de démence, les opinions n'étaient pas moins divergentes : les uns, avec MM. Magnan et Paul Garnier, acceptant que le délire chronique se terminait, toujours et fatalement, par l'abolition des fonctions mentales ; les autres, au contraire, avec M. J. Falret, ne considérant pas cette période ultime du délire de persécution comme « une véritable démence ». « On observe, en effet, dit cet éminent observateur, dans tous les asiles, de vieux personnages, parvenus aux périodes ultimes de leur maladie, aliénés depuis vingt ou trente ans, ou même davantage, qui conservent, malgré l'ancienneté de leur affection, une véritable activité intellectuelle, qui sont encore susceptibles de causer raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, et qui ne peuvent être appelés des déments, dans le sens que nous avons l'habitude d'attacher à ce mot. »

Les malades, reproduisant ce type clinique, sont nombreux dans les services où pullulent les aliénés chroniques ; ceux qui ressemblent au tableau que trace M. Magnan de la démence des délirants chroniques, s'y retrouvent également, mais peut-être en moins grand nombre. Il y aurait donc quelque intérêt à rechercher quelles sont les conditions, extrinsèques ou intrinsèques, de ces différences, et aussi, peut-être, à s'entendre sur le terme *démence*. « Qu'on s'épargnerait de questions et de peines, a dit avec raison d'Alembert, si on détermine enfin la signification des mots d'un manière nette et précise ! »

Ce débat, qui occupa treize séances, est sans contredit le plus important qui ait été soulevé dans ces dernières années. Par le nombre des orateurs qui ont pris la

parole, par le nombre d'idées qui ont été remuées, il occupe une place des plus honorables dans l'histoire des travaux de notre Société, immédiatement après les brillantes discussions qui illustrerent ses débuts.

Les événements de l'année terrible devaient avoir nécessairement leur contre-coup scientifique dans notre Société. L'influence qu'ils avaient pu exercer, soit sur l'aliénation mentale proprement dite, soit sur les conditions d'existence des asiles d'aliénés, ne pouvait manquer de préoccuper nos collègues. Du double problème qui se posait ainsi, le premier avait surtout son importance, et une importance étiologique de premier ordre. C'était, mais sous une forme plus précise, le problème, souvent posé et jamais résolu, de l'influence de la civilisation sur la production de la folie. Mais, cette fois, la question se posait plus nettement, et les éléments pouvaient en être déterminés avec une exactitude suffisante. D'un côté, en effet, de graves commotions sociales, comme il s'en observe peu dans le cours d'un siècle ; de l'autre, la fréquence des cas de folie pendant et après ces événements ; puis, ce qui ne paraîtra pas moins important, la couleur qu'ont prise les formes délirantes sous l'influence de l'invasion et de la commune.

Cette question, d'une incontestable actualité, fut mise à l'ordre du jour de la Société, dès le mois de juin 1871 ; mais elle ne donna lieu à aucune discussion suivie. En un sujet si délicat, au lieu de thèses générales sans portée, mieux vaut raconter simplement ce qu'on a vu et observé. De cette accumulation de documents, la vérité finira bien par se dégager. Nous avons ainsi dans nos Bulletins quatre mémoires dont la lecture s'impose à quiconque voudra entreprendre l'histoire médico-psychologique de cette triste période de notre histoire.

Et d'abord le célèbre travail de Morel sur le délire

panophobique des aliénés gémissieurs avec pour sous-titre : Influence des événements de la guerre sur la manifestation de cette forme de folie (1). C'était sans doute envisager le problème par un côté restreint, mais les faits n'en parurent que plus démonstratifs.

Nous avons ensuite le tableau d'un style si pittoresque, tracé par Legrand du Saulle, de l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871 (2). A côté d'impressions personnelles fortement senties, se trouvent nombre de faits saisissants, du plus haut intérêt, que l'auteur a vus de près, dont il a pu apprécier la portée.

C'est au Bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne, où viennent converger tous les aliénés du département de la Seine, que pouvaient le mieux s'étudier le mouvement de l'aliénation mentale à Paris pendant la période néfaste du Siège et de la Commune, et les transformations subies par les idées délirantes des aliénés sous l'influence des événements. Nos distingués collègues, Bouchereau et M. Magnan, n'ont pas manqué à cette tâche, difficile peut-être, mais sans doute très intéressante. Ils l'ont comprise en cliniciens, laissant parler les faits, sans jamais les solliciter (3). Ce mémoire, d'une sobriété émouvante, est une véritable page d'histoire, d'une histoire douloureuse sans doute, mais elle porte en elle son enseignement.

Le travail le plus développé, qui fut versé au débat,

(1) Morel. Du délire panophobique des aliénés gémissieurs. Influence des événements de la guerre sur la manifestation de cette forme de folie. (*Ann. méd.-psych.*, 1871, t. VI, p. 321.)

(2) Legrand du Saulle. De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871. (Séance du 26 juin 1871. — *Ann. méd.-psych.*, 1871, t. VI, p. 222.)

(3) Bouchereau et Magnan. Statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au Bureau d'admission des aliénés de la Seine. (*Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VIII, p. 342.)

est le remarquable mémoire, si richement documenté, de Lunier : il est intitulé : *Influence des événements de 1870-1871 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France*. Sa lecture occupa trois longues séances, et fut très appréciée (1).

Sa situation d'inspecteur général de service des aliénés avait permis à notre savant collègue de faire une enquête sérieuse sur le mouvement de l'aliénation mentale en France durant les mois de l'année terrible. Les statistiques qu'il put ainsi recueillir, les nombreuses et importantes observations qui lui furent adressées de tous les points du territoire, le conduisirent à des conclusions du plus haut intérêt scientifique. Quelques-unes d'entre elles viennent confirmer des hypothèses autrefois émises par des auteurs tels que Esquirol et Baillarger d'une part, et d'autre part, Belhomme, Brierre de Boismont, etc. De telles enquêtes, judicieusement conduites, ont, pour la solution du problème qu'elles ont en vue, la valeur, toutes proportions gardées, d'une expérience bien conduite pour arriver à la détermination exacte de la fonction d'un organe de notre économie.

Si notre Compagnie a ainsi passé en revue les points essentiels de la pathologie mentale, en a creusé à fond un grand nombre et même fait progresser quelques-uns, elle n'a pas oublié la question importante de la classification des maladies mentales, que certains médecins aliénistes considèrent même comme capitale. Déjà, à plusieurs reprises, la Société avait touché incidemment ce problème si ardu ; mais, en 1860, elle l'aborda résolument pour le traiter à fond. Ce fut à l'occasion d'un

(1) Lunier. De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales. (*Ann. méd.-psych.*, 1862, t. VIII, p. 161; 1873, t. IX, p. 241 et 427; t. X, pp. 22, 237 et 430; 1874, t. XI, pp. 36 et 360.)

rappor magistral fait par Buchez sur le *Traité des maladies mentales* de Morel, qui venait de paraître (1).

On connaît la classification étiologique de cet éminent aliéniste ; elle constituait comme le contre-pied de toutes celles admises jusque-là, et devait, par suite, trouver plus d'adversaires que de partisans ; parmi ces derniers se rangeait le rapporteur. Buchez, en effet, après une longue communication de Delasiauve défendant sa classification symptomatique, s'exprime nettement à ce sujet. « La folie, dit-il, se caractérise par des « symptômes et des signes qui ont servi de principe de « classification. Ces signes sont-ils suffisants pour la « classification ? Non, car ils peuvent alterner. Reste à « chercher une classification réelle de la folie ; cette « folie a différentes origines, différentes espèces de « causes. Il faut donc rechercher la pathogénie elle-même de la folie. Nous sommes sous ce rapport, en « fait d'aliénation mentale, au premier degré de la « science médicale ; nous ne connaissons pas la loi de « succession de génération des phénomènes de la folie. « Nous sommes plus près de le trouver dans la route « indiquée par M. Morel qu'en faisant une étude psychologique de la folie... »

Parmi les nombreux discours prononcés à l'occasion de cette discussion qui dura huit séances (2), le plus important et, aussi, le plus original, fut celui de notre éminent collègue, M. Jules Farlet. Partant d'un point de

(1) Buchez. Rapport sur le *Traité des maladies mentales* de M. le Dr Morel, membre correspondant. (*Ann. méd.-psych.*, 1860, t. VI, p. 613.)

(2) Discussion sur la classification des maladies mentales : Delasiauve, J. Falret, Morel, Buchez, Ad. Garnier, Parchappe, Lisle, Girard de Cailleux, Bourdin, Fournet, Baillarger, Belhomme, Delasiauve, Pinel. (Séances des 12 et 26 novembre, 10 décembre 1860 ; des 29 janvier, 25 février, 15 et 29 avril, 27 mai 1861. — *Ann. méd.-psych.*, 1861, t. VII, pp. 123, 143, 316, 329, 456, 473, 642 et 648.)

départ vraiment philosophique, il commence par poser les principes logiques qui doivent guider l'esprit humain dans toute classification : « Ces principes peuvent, « d'après lui, se résumer en deux mots : il faut rechercher des *méthodes naturelles*, c'est-à-dire des modes « de classement reposant sur un ensemble de caractères subordonnés et coordonnés, et se succédant dans « un ordre déterminé possible à prévoir à l'avance, et « non des *systèmes artificiels* qui rapprochent les faits « à l'aide d'un seul ou d'un petit nombre de caractères, « qui ne permettent de rien conclure, en dehors de celui « qui sert de prétexte à la réunion de faits très dissemblables sous tous les rapports. »

Aucune des classifications existantes ne répondant à ce besoin logique — et M. Falret n'a pas grand peine à le démontrer pour celle de Pinel et d'Esquirol, même pour celle de Morel — une connaissance plus intime des phénomènes à classer s'impose tout d'abord. Pour cela il s'agit de rechercher et de découvrir des types naturels, « des espèces distinctes de folie, caractérisées à la « fois, autant que possible, par les causes, par les lé- « sions, par l'ensemble des symptômes physiques et « moraux, et surtout par la marche, c'est-à-dire par « le mode de succession prévu des phénomènes de la « maladie ».

M. J. Falret ne se contente pas d'indiquer le précepte, il nous cite des exemples de ces types naturels de folie : ce sont la paralysie générale, la folie circulaire ou à double forme, la folie épileptique, la folie alcoolique, etc. Mais ces types ne sont pas encore assez nombreux pour permettre d'édifier ce classement naturel des formes de la folie, que notre savant collègue appelle de tous ses vœux. « Malheureusement, comme « il le répète volontiers après son illustre père, sous ce « rapport important nous sommes encore à l'époque des

« Tournefort et des Linnée, et nous attendons un
« Jussieu ! »

Ces observations s'appliquent aussi bien à la seconde discussion sur la classification des maladies mentales, qui eut lieu à la Société plus d'un demi-siècle après la première.

Le Congrès de phrénatrie et de neuropathologie qui se tint à Anvers, en 1885, avait mis dans son programme la question suivante : *Recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés*. Ces bases qu'il s'agissait de chercher et de trouver ne pouvaient être qu'une classification de maladies mentales, à l'abri de toute critique et pouvant être acceptée par tout le monde.

Comme il est d'habitude en pareil cas, un savant rapport fut communiqué, suivi d'une discussion où se produisirent les opinions les plus diverses et les plus opposées — *tot capita, tot sensus*. Enfin, comme il fallait conclure, on vota la nomination d'une Commission composée du Bureau de la Société de médecine mentale de Belgique et d'un certain nombre de délégués de chaque pays. On faisait appel surtout aux diverses sociétés médico-psychologiques, qu'on invitait à mettre la question à l'étude (1).

Notre Compagnie choisit pour commissaires MM. Christian, Magnan et Paul Garnier. Ces distingués collègues, dont la haute compétence en médecine mentale est bien connue, eurent cependant beaucoup de peine pour aboutir ; dans tous les cas, ils y mirent le temps, car ce n'est que dans la séance du 30 juillet 1888, que M. Paul Garnier vint nous lire son rapport. Ce que je dis là,

(1) Congrès de phrénatrie et de neuropathologie tenu à Anvers du 7 au 9 septembre 1885. *Compte rendu* publié par les Drs Ingels et Morel. 1 vol. in-8°. Gand, 1886.

c'est sans aucune nuance de critique ; j'estime même qu'en pareille matière l'abstention était permise, et pouvait se justifier.

Le rapport de M. Paul Garnier, aussi habile dans le fond que mesuré dans les termes, est un plaidoyer en faveur d'une classification mixte, et de fait c'est la seule possible dans l'état actuel de la science ; parmi les nombreuses classifications de ce genre qui ont été proposées, notre collègue recommande à l'attention celle de M. Magnan, qui lui paraît répondre le mieux aux exigences de la clinique et d'une bonne statistique (1).

Comme on devait s'y attendre, le débat qui suivit la lecture de ce rapport fut long, confus, et, dès le commencement, il était facile de prévoir qu'il ne pouvait aboutir. Les opinions les plus contradictoires se firent jour : les tenants d'une classification étiologique se trouvèrent aux prises avec les partisans d'une classification anatomo-pathologique, et ni les uns ni les autres ne voulurent s'entendre avec les défenseurs d'un classement purement empirique.

De guerre lasse, toutes les classifications présentées ayant été rejetées l'une après l'autre, on se résolut à voter l'ordre du jour suivant, proposé par M. Paul Garnier :

« La Société médico-psychologique, considérant que
« dans l'état actuel de la science, toute tentative de clas-
« sification des maladies mentales ne saurait s'ap-
« puyer que sur des données ou trop incomplètes ou
« trop contestées encore pour rallier la grande majorité

(1) Paul Garnier. Classification des maladies mentales. Discussion : Marandon de Montyel, Christian, Charpentier, Briand, Aug. Voisin, Dagonet, Luys, P. Garnier, Ritti, Ball, Falret, Pichon, Magnan, Vallon, Magnan. (Séances des 30 juillet, 29 octobre, 26 novembre et 24 décembre 1888 ; des 25 mars, 27 mai et 24 juin 1889. — *Ann. méd.-psych.*, 1888, t. VIII, p. 431 ; 1889, t. IX, pp. 92, 130, 260 et 471 ; t. X, pp. 109 et 254.)

« des suffrages, décide qu'il y a lieu de clore la discussion ouverte à la demande de la Société de médecine mentale de Belgique, et passe à l'ordre du jour. »

C'était, il faut bien le dire, un aveu d'impuissance, mais d'une impuissance qui était moins le fait des hommes que de l'insolubilité, du moins momentanée, du problème à l'étude. En conclurons-nous, avec certains sceptiques, que la question d'une bonne classification des maladies mentales ressemble un peu à celle de la quadrature du cercle, et que c'est vanité que de vouloir la résoudre ? Je n'irai certes pas jusque-là ; néanmoins il est curieux de remarquer que ce besoin de créer une classification se fait de moins en moins sentir, au fur et à mesure qu'on avance en âge. Ce qui semble donner raison à cette boutade d'un de nos collègues, rapportée par Buchez : « Il en est des aliénistes à peu près comme des rhétoriciens : lorsqu'ils croient avoir achevé leurs études, les rhétoriciens font une tragédie et les aliénistes une classification. » Je doute fort qu'il y ait encore des rhétoriciens qui succombent à la tentation de faire une tragédie ; quant aux jeunes aliénistes, s'il en est par hasard que hante le besoin de créer de toutes pièces une nouvelle classification des maladies mentales, c'est, croyons-nous, moins dans le but de réformer la science, que pour mettre de l'ordre dans leurs acquisitions cliniques.

Dès le jour où l'illustre Pinel, enlevant les chaînes aux aliénés, eut élevé ces infortunés à la dignité des malades, la question de la thérapeutique des maladies mentales se trouva nettement posée ; et depuis lors, quoi qu'on en dise, elle n'a cessé de préoccuper tout médecin aliéniste, vraiment digne de ce nom.

Le traitement des aliénés peut être ou collectif ou individuel. La description du premier se confond avec

l'étude des divers modes d'assistance employés pour ce genre de malades. Ces divers modes d'assistance furent de la part de la Société, l'objet de débats mémorables sur lesquels nous aurons à revenir dans un instant. Quant à ce qu'on a appelé le traitement individuel, et qui n'est autre que la thérapeutique proprement dite des maladies mentales, il a été abordé à maintes reprises et étudié dans des communications intéressantes, qui méritent à tous égard d'être signalées.

On sait toutes les espérances données par les premières expériences du traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium ; on crut même avoir trouvé le spécifique de cette terrible affection. Cette médication fut appliquée avec empressement dans les divers services d'épileptiques et, en particulier, dans celui d'Auguste Voisin. Ce distingué collègue vint, à la séance du 25 mars 1867, donner les résultats de son observation, qui semblaient des plus satisfaisants (1).

La question fut reprise, en 1870, à la suite d'un excellent rapport de M. J. Falret, où les cinq points suivants sont successivement examinés : l'action physiologique du bromure de potassium, son mode d'administration, ses effets thérapeutiques, les cas dans lesquels on peut l'employer avec plus de chance de succès, enfin les accidents causés par son usage prolongé.

Tous ces points si bien présentés par notre savant collègue, furent soumis à la discussion, non pas théoriquement, mais à l'aide de faits précis, résultats de l'expérience de chacun. Les communications de Legrand du Saulle, de Bulard, d'Auguste Voisin, entre autres,

(1) Aug. Voisin. Du bromure de potassium dans l'épilepsie. Discussion : Foville, Aug. Voisin, Legrand du Saulle, Billod, Brierre de Boismont, Delasiauve. (Séance du 25 mars 1867. — *Ann. méd.-psych.*, 1867, t. X, p. 73.)

méritent encore d'être consultées ; car elles constituent des documents thérapeutiques d'un réel intérêt (1).

Dans la séance du 25 janvier 1869, le Dr Bonnefous, médecin en chef de l'asile de Leyme, entretint ses collègues du traitement de certaines formes d'aliénation par les bains très longuement prolongés, c'est-à-dire prolongés durant des jours et des semaines (2). Cette médication, sur l'efficacité de laquelle Brierre de Boismont, Casimir Pinel et Turck, en France, avaient déjà appelé l'attention, avait donné d'excellents résultats à Bonnefous, qui l'appliquait d'une façon continue, jour et nuit, ou bien, en certains cas, durant la nuit seulement.

Notre distingué collègue entre dans tous les détails de son mode de procéder ; il n'oublie aucune des précautions prises pour soutenir les forces du malade, pour lui faciliter le sommeil, pour surveiller les diverses fonctions de son organisme. « Je tiens à constater devant vous, » ajoute-t-il, combien cette médication est facilement supportée par les malades. Aucune plainte, pourrais-je dire, ne se fait entendre ; après une suspension de quelques heures, l'aliéné rentre dans le bain, volontiers et sans résistance. L'indocilité n'a été observée qu'au moment du premier bain, et alors, elle tient moins au bain lui-même qu'à ce besoin instinctif ou inconscient de résistance, inhérent à l'état des maniaques agités. »

(1) J. Falret. De l'emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques de l'hospice de Bicêtre. (*Ann. méd.-psych.*, 1871, t. V, p. 161.) Discussion : Lasègue, Legrand du Saulle, Falret, Fournet, Pouzin, Aug. Voisin, Morel. (Séances des 27 juin et 25 juillet 1870. — *Ann. méd.-psych.*, 1871, t. V, pp. 221 et 230.)

(2) Bonnefous. De l'emploi des bains très longuement prolongés dans le traitement de certaines formes d'aliénation. Discussion : Constans, Baillarger, Lunier, Bonnefous, J. Falret. (Séance du 25 janvier 1869. — *Ann. méd.-psych.*, 1869, t. I, p. 427.)

Cette question du traitement des aliénés par les bains continus et prolongés, qui vient d'être reprise d'une façon systématique en Allemagne, n'est donc pas nouvelle. Que de choses soi-disant originales, qui ne sont que des réminiscences ! C'est le cas de rappeler le mot d'Horace :

... Multa renascuntur quæ jam cecidere.

Chose curieuse, les questions et objections faites à Bonnefons par ses collègues, on les retrouve, à peu près les mêmes, à quelque trente ans de distance, en une récente réunion de la Société des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest (1).

Selon l'expression de M. H. Schüle, un de nos membres associés étrangers les plus distingués, l'opium est « le roi des médicaments chez les mélancoliques ». A l'opium on substitue volontiers la morphine, soit à l'intérieur, soit sous forme d'injections sous-cutanées. C'est ce dernier mode que préconisait Auguste Voisin, dont les audaces thérapeutiques furent souvent couronnées de succès (2). Il pratiquait les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine à hautes doses, et obtenait d'excellents résultats. Une intéressante observation de mélancolie, guérie par ce procédé thérapeutique, que notre savant collègue vint communiquer à la Société, provoqua un court débat, trop court, semble-t-il ; car il y avait là matière à une de ces grandes discussions qui mettent une question au point. La Société en avait eu le sentiment, puisqu'elle décida que le problème si

(1). P. Kéraval. Le traitement de l'aliénation mentale par le bain continu. (*Le Progrès médical*, numéro du 3 mai 1902.)

(2) Aug. Voisin. Du traitement de la folie par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Discussion : Motet, Fournet, Delasiauve, Lunier, Aug. Voisin, Legrand du Saulle, Magnan, Blanche. (Séance du 20 novembre 1874. — *Ann. méd.-psych.*, 1875, t. XIII, p. 113.)

discuté du traitement de la folie par les injections de morphine serait soumise à l'étude d'une commission, à nommer ultérieurement. Comme il n'arrive que trop souvent, d'autres soins appelant l'attention, on oublia ce vote et la commission ne fut jamais nommée.

On sait que l'un des symptômes les plus fréquents chez les aliénés est l'insomnie ; chez quelques-uns même, cette insomnie est, pour ainsi dire, incoercible. Aussi tous les médicaments hypnotiques nouveaux sont-ils les bienvenus dans nos services ; on s'empresse de les expérimenter avec le doux espoir d'en trouver toujours un meilleur. Vous avez eu la primeur de quelquesunes de ces expérimentations. C'est ainsi que M. Kéraval vous a apporté les excellents résultats obtenus par lui à l'aide de la paraldéhyde (1) ; que M. Ph. Rey vous a entretenu de l'action calmante et somnifère de l'acétophénone ou hypnone (2) ; que, à propos d'un intéressant travail de MM. Pachoud et Claret sur le sulfonal (3), une longue discussion a été soulevée sur les avantages et les inconvénients de ce médicament hypnotique ; que M. Marandon de Montyel nous a fait connaître les résultats en quelque sorte négatifs fournis par le chloralamide comme hypnotique (4), etc.

En présence des attaques épileptiformes et apoplectiformes si fréquentes dans la paralysie générale et

(1) Kéraval. Note sur l'action de la paraldéhyde chez les aliénés. Discussion : Briand, Kéraval, Legrand du Saulle. (Séance du 26 mai 1884. — *Ann. méd.-psych.*, 1884, t. XII, p. 257.)

(2) Ph. Rey. De l'acétophénone ou hypnone comme calmant ou somnifère chez les aliénés. (Séance du 25 janvier 1886. — *Ann. méd.-psych.*, 1886, t. III, p. 420.)

(3) Pachoud et Claret. Note sur le sulfonal. Discussion ; Aug. Voisin, Séglas, Marandon de Montyel, Rouillard, Pichon, Febvré, Vallon. (Séances des 28 janvier, 25 mars, 27 mai et 29 juillet 1889. — *Ann. méd.-psych.*, 1889, t. IX, pp. 280 et 471 ; t. X, pp. 109 et 417.)

(4) Marandon de Montyel. Du chloralamide. (Séance du 29 décembre 1890. — *Ann. méd.-psych.*, 1891, t. XIII, p. 271.)

même dans d'autres affections chroniques du cerveau, le médecin se trouvait fort dépourvu ; aujourd'hui, grâce à M. Christian, il possède, sinon un spécifique, du moins un médicament précieux contre ces complications si fréquentes dans nos services (1). Ce collègue distingué nous a, dans la séance du 25 novembre 1889, présenté les résultats qu'il a obtenus à l'aide des injections sous-cutanées d'ergotinine et qui peuvent se résumer ainsi qu'il suit : « Sur treize paralytiques généraux atteints de convulsions épileptiformes, il y en a sept chez lesquels les accidents se sont dissipés après une ou deux injections d'ergotinine. Six ont succombé, mais trois d'entre eux ont été emportés par complications survenues au moment même où l'on pouvait croire la partie gagnée... »

Depuis cette communication, ce procédé thérapeutique est devenu d'une application courante dans les services d'aliénés ; il est peu d'entre nos collègues qui n'aient eu à s'en louer.

La sitiophobie et l'alimentation forcée des aliénés ont de tout temps vivement préoccupé les médecins aliénistes. Chercher les causes du refus de nourriture chez les aliénés et obvier à ce refus par des moyens artificiels, tel était le double problème qui se posait à leur sagacité. Question clinique d'une part, question technique de l'autre. Cette dernière n'est pas la moins importante ; et l'on peut dire que le premier qui employa une sonde pour alimenter de force un aliéné, rendit à la médecine mentale le plus signalé des services.

(1) Christian. Des injections sous-cutanées d'ergotinine dans le traitement des attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections organiques du cerveau. Discussion : Ball, P. Garnier, Christian, Charpentier. (Séance du 25 novembre 1889. — *Ann. méd.-psych.*, 1890, t. XI, p. 92.)

Cette question de l'alimentation forcée des aliénés, qui est pour ainsi dire de tous les jours, ne pouvait manquer d'attirer l'attention de la Société. Une présentation faite en mon nom par Baillarger et que ce maître vénéré voulut bien appuyer de sa haute autorité (1), amena une discussion des plus intéressantes sur la valeur comparée des divers procédés en usage pour nourrir artificiellement les aliénés sitiophobes (2). Ces procédés sont divers et nombreux, chacun présentant des avantages et des inconvénients. Il est bon de les connaître tous ; car il peut arriver que le changement s'impose : qui n'a vu de ces malades se révolter à un moment donné contre le procédé habituel d'alimentation forcée, le déjouer en quelque sorte avec une habileté, une ruse, contre lesquelles rien ne peut lutter ? Dans ces cas, rares il est vrai, on est heureux d'avoir sous la main un moyen autre pour empêcher l'aliéné récalcitrant de se laisser mourir de faim.

La technique de l'alimentation forcée a reçu de nombreux perfectionnements dans ces dernières années. La plupart vous ont été présentés. Vous vous rappelez les heureuses modifications apportées à la sonde œsophagienne par notre regretté collègue Cotard (3) et par M. Targowla (4) ; les améliorations introduites dans la manière d'introduire le liquide nutritif dans l'estomac

(1) Ant. Ritti. Alimentation forcée des aliénés. Procédé par l'électricité. (*Ann. méd.-psych.*, 1875, t. XIV, p. 416.)

(2) Discussion sur l'alimentation forcée des aliénés : Baillarger, Blanche, Billod, Fournet, Dagron, Motet, Aug. Voisin, Lunier, Delasiauve, Trélat, Billod, Pouzin, Falret, Dumesnil, Dagron, Loiseau, Belhomme, Brierre de Boismont, Dally, Legrand du Saulle, Magnan. (Séances des 23 février, 25 mai, 29 juin et 27 juillet 1874. — *Ann. méd.-psych.*, 1874, t. XI, p. 421 ; t. XII, pp. 270, 290 et 388.)

(3) Cotard. Une modification de la sonde œsophagienne. (Séance du 23 décembre 1877. — *Ann. méd.-psych.*, 1878, t. XIX, p. 250.)

(4) Targowla. Présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne.

des aliénés, par M. Régis (1) et par M. Febvré (2). Ce sont là d'heureux progrès dont bénéficient nos malades et, aussi, ceux qui ont la charge délicate de les nourrir artificiellement.

La question du *no-restraint*, soulevée en Angleterre par Conolly, introduite en France par Morel, ne pouvait manquer d'avoir son jour au milieu de nous, et l'on peut s'étonner que ce jour se soit fait attendre si longtemps. La Société n'aborda ce sujet que dans le courant de l'année 1880, vingt ans après la publication de Morel sur la réforme de l'illustre aliéniste anglais (3).

Cette réforme était-elle justifiée? La suppression pure et simple des moyens de contrainte dans les établissements spéciaux était-elle possible? ou bien leur emploi s'imposait-il? et dans quelle mesure? Toutes questions d'un intérêt capital dans le traitement des aliénés, qui ne pouvaient être éludées plus longtemps et qu'il fallait aborder de front, courageusement.

Soumises à notre examen par une communication très mesurée de notre éminent collègue, M. H. Dagonet, elles furent l'objet d'une discussion longue et approfondie. Tout le monde, il faut le reconnaître, rendit un hommage mérité à la grande et noble initiative de Conolly; mais la majorité des orateurs trouvèrent son système trop exclusif, trop absolu. La camisole trouva

Discussion : Vallon, Briand. (Séance du 25 mai 1891. — *Ann. méd.-psych.*, 1891, t. XIV, p. 142.)

(1) E. Régis. Quelques réflexions pratiques à propos de l'alimentation forcée. (*Ann. méd.-psych.*, 1881, t. V, p. 53.)

(2) Febvré. Présentation d'appareil. (Séance du 29 novembre 1897. — *Ann. méd.-psych.*, 1898, t. VII, p. 108.)

(3) Discussion sur le *no-restraint*: Dagonet, Magnan, Doutrebente, Labitte, Boucher-au, Legrand du Saulle, Aug. Voisin, Motet, Luys, Mabille, Dally, Delasiauve, Dumesnil, Bourdin, Falret, Christian, Blanche, Lunier, Lasègue, Foville. (Séances des 23 mars, 31 mai, 26 juillet et 25 octobre 1880. — *Ann. méd.-psych.*, 1880, t. IV, pp. 82, 279, 426 et 434.)

plus de partisans que d'adversaires, et son défenseur le plus éloquent fut, sans contredit, M. Christian. Sans doute, il n'entrait dans l'esprit d'aucun de nos collègues d'approuver l'extension démesurée des moyens de contrainte ; la camisole ne devait être appliquée que dans des cas exceptionnels, où la vie et la santé des malades pouvaient être en danger, mais toujours sur la prescription formelle du médecin traitant.

La minorité n'était composée que de deux de nos membres, apôtres convaincus de la réforme de Conolly ; vous avez déjà nommé notre regretté Bouchereau et M. Magnan. Leur conviction, ardente mais raisonnée, était le résultat d'une longue pratique, et rien ne pouvait l'entamer, ni les raisons de sentiment, ni les nécessités de l'ordre intérieur des asiles.

Cette discussion, passionnée mais toujours courtoise, eut d'heureuses conséquences. Elle fit germer dans l'esprit de la plupart d'entre nous des doutes sur la nécessité de la camisole, et du doute à la certitude de pouvoir s'en passer, il n'y avait plus qu'un pas à faire : l'expérience permit de le franchir, et l'on vit bientôt dans la plupart de nos services ce moyen de contention, ou disparaître complètement, ou être réduit à un strict minimum.

Je n'étonnerai personne d'entre vous, Messieurs, en faisant des sorties à titre d'essai de nos malades convalescents une question essentiellement thérapeutique. Appliquées surtout aux mélancoliques, elles constituent un puissant moyen de traitement dont notre devoir est d'en user dans la plus large mesure. Malheureusement, sur ce point comme sur tant d'autres, le médecin vient se heurter contre des obstacles administratifs et même légaux, qui rendent souvent sa tâche très difficile au grand détriment de ses malades.

La Société s'est occupée à plusieurs reprises de cet important problème. Soulevé une première fois par Baillarger, dans la séance du 30 décembre 1878, il provoqua une courte discussion, où son côté médical ne fut pas franchement abordé et qui tourna court (1).

Il fut repris en 1883, à propos d'une communication de M. Motet sur les garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés, et ce fut M. J. Falret qui l'introduisit dans la discussion (2). Notre vénéré collègue posa la question de ces sorties à titre d'essai avec sa netteté ordinaire ; il en montra les avantages et les inconvénients, ceux-là l'emportant toutefois sur ceux-ci. Seulement, « étant données ces sorties, se demande M. Falret, quelles seront leurs durées ?... » « Cette durée devra-t-elle être limitée par la loi ou être plus ou moins prolongée par le chef de service ?... »

Tous ces points pouvaient et devaient être étudiés, en se plaçant au point de vue de la clinique ; mais il fallait d'abord vider la question de principe. Or, sur celle-ci, l'accord était loin d'être parfait. Ainsi Legrand du Saulle nous présente un tableau bien sombre de ces sorties provisoires ; il ne leur trouve que des inconvénients des plus graves et peu d'avantages réels ; il en est de même d'Espiau de Lamaëstre, qui n'hésite pas à conclure sa communication par cette phrase pessimiste : « Autoriser sur une grande échelle les sorties provisoires et les congés, c'est ouvrir la porte à toute

(1) Des sorties provisoires. Discussion : Baillarger, Lasègue, Lunier, Legrand du Saulle, Pouzin. (Séance du 30 décembre 1878. — *Ann. méd.-psych.*, 1879, t. I, p. 281.)

(2) Motet. Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés. Discussion : Foville, Blanche, Motet, Dagonet, Baume, Falret, Labitte, Delasiauve, Christian, Lunier, Aug. Voisin, Legrand du Saulle, Dally, Bigot, Espiau de Lamaëstre. (Séances des 12 mars, 12 et 26 novembre, 10 décembre 1883. — *Ann. méd.-psych.*, 1883, t. X, p. 106; 1884, t. XI, pp. 142, 275 et 292.)

« espèce d'accidents, à une multitude d'actes criminels, « à toutes sortes d'abus, sans compter les soucis et les « inquiétudes en permanence que le médecin se crée, et « cela pour un résultat bien aléatoire au point de vue « des avantages que ce genre de sorties peut fournir « aux malades.

« Cette question des sorties provisoires ou d'essai « n'est donc pas aussi simple qu'on pourrait le penser « tout d'abord, elle exige de la part du chef de service « beaucoup de tact et de prudence à tous les points « de vue. »

En réponse à ces oppositions en quelque sorte systématiques, il importait de remettre les choses au point. M. Christian s'en chargea avec ce bon sens pratique qui est la marque de son talent. Il insista particulièrement sur ce point, qu'en multipliant les congés et les sorties provisoires pour ses malades, « le médecin donne à « l'asile d'aliénés la physionomie qu'il doit véritablement avoir. L'asile cesse d'être la *renfermerie*..., il « devient la maison de santé véritable, l'hospice, où le « malade est soigné, où il jouit de toute la liberté qui « peut lui être accordée, et dont la porte ne reste fermée « que s'il le faut absolument ».

Tels sont les principes qui ont fini par prédominer, malgré les obstacles administratifs ou autres qu'ils trouvèrent dans l'application.

Les problèmes si complexes de l'assistance des aliénés devaient nécessairement tenir une place importante dans les travaux et discussions de la Société; elles furent toujours abordées avec le souci d'améliorer le sort des infortunés confiés à nos soins. S'il n'est pas toujours sorti de ces longs et intéressants débats des solutions définitives, c'est que la nature du sujet ne les comportait pas nécessairement, ou bien qu'il n'apparte-

naît de les donner qu'au temps et à l'expérience ; mais du moins des indications précieuses nous ont été fournies, dont il a été tiré le meilleur profit.

Le premier point, mis en discussion, fut la colonisation des aliénés. Dans la séance du 26 juin 1860, Brierre de Boismont communiquait un rapport sur la candidature de Pujadas, de Barcelone, au titre de membre associé étranger (1). A propos de certains travaux de cet honorable confrère, il préconisa le traitement à l'air libre et, en particulier, le système de colonisation. Un débat s'engagea aussitôt sur la colonie de Gheel, dont les avantages et les inconvénients furent mis en lumière, d'une part par Moreau (de Tours), de l'autre par Ferrus. En présence de cette divergence de vues de la part d'hommes compétents, qui avaient visité cette colonie à peu d'années de distance, on crut nécessaire de nommer une commission composée de Jules Falret, Ferrus, Mesnet, Michéa et Moreau (de Tours), qui serait chargée de visiter Gheel, et de présenter un rapport à la Société sur l'état actuel de cette colonie. Cette commission remplit sa tâche avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge, et chargea du rapport notre éminent collègue, M. J. Falret.

Vous connaissez tous ce remarquable travail où, avec une clarté et une méthode parfaites, sont également mis en saillie les avantages et les inconvénients de la colonie dont la Belgique est justement fière (2). L'impression

(1) Brierre de Boismont. Rapport sur la candidature de Pujadas, de Barcelone. Discussion : des Etangs, Brierre de Boismont, Parchappe, Trélat, Ferrus. (Séance du 26 juin 1860. — *Ann. méd.-psych.*, 1861, t. VII, p. 101.) — Discussion sur la colonie de Gheel : Moreau (de Tours), Ferrus, Archambault, Buchez, Trélat, Delasiauve. (Séance du 30 juillet 1860. — *Id.*, p. 109.)

(2) J. Falret. Rapport au nom de la Commission chargée de visiter la colonie de Gheel. (Séance du 30 décembre 1861. — *Ann. méd.-psych.*, 1862, t. VIII, p. 138.)

générale des membres de la commission fut plutôt favorable ; elle semble se résumer dans cette phrase du rapport : « Le résultat le plus important que l'on doit tirer, selon nous, d'une visite à la colonie de Gheel, c'est donc la conviction générale que beaucoup d'aliénés chroniques sont susceptibles, sans danger, d'une plus grande liberté qu'on ne le suppose, même dans nos asiles les mieux organisés. » Et le rapporteur concluait par les quatre questions suivantes qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler pour bien montrer que maintes préoccupations de l'heure présente ne sont pas nouvelles et hantèrent l'esprit de nos prédécesseurs.

« 1^e Peut-on renvoyer dans leurs propres familles, demande M. J. Falret, certains malades en état de grande amélioration, ou qui ne paraissent pas offrir des dangers, et les protéger alors par une tutelle officieuse, exercée sous forme de secours pécuniaires ou de conseils moraux et médicaux?... »

« 2^e Peut-on placer isolément certains aliénés, choisis par les médecins, chez des bourgeois ou des paysans, dans le voisinage et sous la surveillance des médecins des asiles, ainsi que l'a proposé le Dr Roller? »

« 3^e Peut-on tenter la création d'un nouveau Gheel, c'est-à-dire d'un village d'aliénés, avec une organisation centrale régulière, un service médical sérieux et une infirmerie annexée, mais avec cette réserve expresse de n'y placer que des malades chroniques et d'en exclure tous les aliénés en traitement, agités, ou qui peuvent offrir un danger quelconque pour eux-mêmes ou pour la sécurité publique? »

« 4^e Enfin (et ce serait là le moyen le plus pratique et le plus généralement applicable), peut-on annexer aux asiles d'aliénés une ferme agricole, recevant directement les malades de ces asiles et les y renvoyant au besoin, d'après l'avis du médecin?... »

La discussion qui suivit la lecture de ce rapport (1) est certes une des plus intéressantes de notre Compagnie. Les avis sans doute y furent très partagés ; mais l'opinion qui sembla y prédominer, c'est que, par suite de l'encombrement des asiles, la nécessité s'impose de créer des déversoirs pour les aliénés chroniques et incurables : colonies agricoles, colonisation dans les familles, comme à Gheel, hospices spéciaux, etc. Ce débat, qui mérite d'être relu en son entier, n'a pas été stérile. Sans doute, on y a rapporté des faits regrettables sur l'emploi des moyens de contention, les plus divers, à la colonie wallonne ; mais nous avons le droit de croire que ces révélations n'ont pas peu contribué à améliorer, à ce point de vue, le sort des infortunés colons. De plus, en serrant de près cette question si intéressante de la colonisation des aliénés, l'attention publique s'est trouvée appelée sur ce mode d'assistance qui, depuis, a été appliqué en France et en beaucoup d'autres pays, avec d'autant plus de succès qu'il a été tenu compte des *desiderata* mis en lumière par la discussion de notre Société.

Deux ans après, le débat s'engageait de nouveau, à propos d'un rapport de M. J. Falret sur un travail du Dr Auzouy, intitulé : *Des fermes-asiles ou de la colonisation agricole des aliénés* (2). Mais cette fois, malgré ce point de départ très nettement limité, la question de l'assistance publique des aliénés devait être traitée dans toute son ampleur, ses divers modes étudiés et

(1) Discussion sur la colonie de Gheel : Delasiauve, Parchappe, Brierre de Boismont, J. Falret, Girard de Cailleux, Moreau (de Tours), Billod, Baillarger. (Séances des 27 janvier, 24 février, 28 avril et 26 mai 1862. — *Ann. méd.-psych.*, 1862, t. VIII, pp. 338, 495, 655 et 673.)

(2) J. Falret. Rapport sur le travail de M. Auzouy, relatif aux fermes agricoles. (Séance du 31 octobre 1864. — *Ann. méd.-psych.*, 1865, t. V, p. 89.)

envisagés dans leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans cette remarquable discussion, qui occupa quatorze séances, toutes les opinions se firent jour, les plus conservatrices comme les plus révolutionnaires (1). Il faut reconnaître cependant que les idées extrêmes constituaient l'exception ; que dis-je ? on n'eut pas l'occasion d'entendre des partisans du *statu quo* absolu, ou des démolisseurs quand même de l'ordre de choses existant. La majorité des orateurs s'accordait, au contraire, sur la nécessité de réformes urgentes dans les asiles d'aliénés, sur le besoin de multiplier les modes d'assistance afin de porter remède à l'encombrement des établissements spéciaux et d'augmenter peut-être les chances de guérison des malades. Le traitement familial, celui dans les asiles proprement dits, la ferme-agricole, la création de villages d'aliénés, tous ces moyens qui occupent aujourd'hui, avec tant de raison, l'opinion publique, furent étudiés avec un souci de la réalité, un savoir approfondi, un dévouement pour les aliénés qui font le plus grand honneur à notre Compagnie. Bien des questions que d'aucuns considèrent aujourd'hui comme nouvelles furent traitées résolument mais sans parti pris, avec la seule préoccupation d'améliorer ce qui existait. Qu'on relise à ce point de vue les communications magistrales de Lunier, de Parchappe, d'Achille Foville, de MM. J. Falret et Motet, etc., et l'on sera surpris de leur sagesse, en même temps que

(1) Discussion sur les diverses formes d'assistance des aliénés : Ach. Foville, Belloc, Delasiauve, Lunier, Motet, Morel, Parchappe, Dally, Brierre de Boismont, J. Falret, Mundy, Baume, Arthaud, Labitte, Girard de Cailleux. (Séances des 31 octobre, 14 et 28 novembre, 12 et 26 décembre 1864; des 16 et 30 janvier, 27 mars, 29 mai, 26 juin, 27 novembre et 18 décembre 1865; du 26 février 1866. — *Ann. méd.-psych.*, 1865, t. V, pp. 78, 106, 134, 245, 302 et 487; t. VI, pp. 94, 131, 289, 292 et 450; 1866, t. VII, pp. 105, 154 et 453.)

de leur audace. Bien plus, on verra qu'ils eurent à répondre aux mêmes attaques que nous avons vues se reproduire naguère. Ainsi Parchappe crut devoir opposer des statistiques démonstratives aux assertions fantaisistes du célèbre docteur Turck, qui allait partout, affirmant « que nos asiles tuent les malades et les rendent « incurables. » Vous reconnaîtrez là des accusations qui ont été reproduites depuis, et non sans insistance. C'est que, vous ne l'ignorez pas, il n'y a rien de nouveau sous le soleil; et que l'erreur, comme la vérité, a ses plagiaires.

En un sujet aussi vaste que l'assistance des aliénés, il est bien des points qui demandent une étude spéciale : et d'abord, celui de la création d'asiles pour les aliénés criminels; puis, l'importante question de la séquestration des alcooliques et des asiles spéciaux pour les ivrognes de profession ou ivrognes d'habitude; enfin, celle, non moins importante, de l'assistance des épileptiques.

Du premier de ces points, il sera question plus loin, à propos des aliénés dangereux. Quant aux deux autres, ils appelleraient à plusieurs reprises l'attention de notre Société.

A la séance du 29 janvier 1872, tous les problèmes qui soulèvent la séquestration des alcooliques furent exposés par M. J. Falret, avec cette clarté, cette netteté, dont il nous a donné tant de preuves (1).

La discussion qui suivit fournit l'exemple rare d'un accord parfait pour la lutte contre un fléau qui atteint

(1) De la séquestration des alcooliques. Discussion : Falret, Legrand du Saulle, Delasiauve, Mundy, Ach. Foville, Aug. Voinin, Billod, Lunier, Magnan, Lasègue, Pouzin, Dumesnil. (Séances des 29 janvier, 26 février, 25 mars, 29 avril et 27 mai 1872. — *Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VII, pp. 398 et 421; t. VIII, pp. 84, 118 et 240.)

notre pays dans ses forces vives. A ce mal incontestable, bien déterminé, quel remède opposer? Là, commence la difficulté. La question est, en effet, très complexe; car, comme l'a justement fait remarquer le professeur Lasègue, il y a trois catégories d'alcooliques: les ivrognes, les alcooliques proprement dits, enfin les dipsomânes, qui sont des malades. C'est à diminuer le nombre des ivrognes qu'on s'est appliqué dans divers pays, à l'aide de moyens différents. Sur l'un de ces moyens, on ne saurait assez consulter la communication si richement documentée de notre savant collègue Achille Foville. C'est l'historique le plus complet de la question, que devront consulter tous ceux, législateurs et médecins, qui voient dans la création d'asiles spéciaux pour les ivrognes le remède le plus sûr, le plus efficace contre le développement de l'alcoolisme. Foville croit peu à cette efficacité; tel semble avoir été aussi le sentiment de la majorité de ses auditeurs.

Quoi qu'il en soit, d'excellentes choses furent dites dans cette discussion, sur la pathologie de l'alcoolisme, sur les diverses manières de s'alcooliser, sur la psychologie des buveurs d'habitude, etc.; enfin, le débat fut clos après la lecture d'un excellent travail d'Auguste Voisin, où se trouvent étudiés successivement, à l'aide d'observations cliniques, l'influence des différentes boissons alcooliques sur la forme du délire, de l'action des diverses boissons alcooliques prises avec excès par les ascendants sur les produits de la conception, sur le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de l'alcoolisme, toutes questions qui n'ont rien perdu de leur actualité.

Un problème non moins important, et dont la solution s'impose, non seulement aux philanthropes, mais aux administrateurs, est celui de l'assistance et de

l'hospitalisation des épileptiques. C'est peut-être de tous les genres de malades, celui dont on s'occupe le moins, et qui, cependant, étant le plus à plaindre, mérite le plus notre sollicitude. Il appartenait à notre Société de prendre en main le sort de ces infortunés, de plaider leur cause, de rechercher les moyens les meilleurs pour améliorer leur triste condition ; car, malgré la terreur superstitieuse qui s'attache à leur maladie, ils ont autant de droits au traitement et à l'assistance que les malades atteints d'affections contagieuses.

La question fut abordée à propos d'un mémoire présenté par M. le Dr Lacour, de Lyon. Le point de départ était excellent ; l'œuvre de notre distingué collègue est le produit d'une longue expérience et d'un savoir étendu ; tous les arguments en faveur de cette réforme urgente y sont nettement exposés.

Ce fut Legrand du Saulle⁽¹⁾ qui ouvrit le feu par un discours des plus chaleureux, où ce qu'on avait fait jusque-là en faveur des épileptiques et ce qu'il restait à faire, se trouvaient mis en balance ; je n'étonnerai personne en affirmant que l'avoir était de bien minime importance. Notre éminent collègue se demandait, en concluant, si la Société médico-psychologique ne devrait pas prendre « l'initiative d'un pétitionnement auprès de l'Assistance publique et du Conseil municipal de Paris ». Dans son ardent désir de voir aboutir une réforme nécessaire, il ne se préoccupait que du département de la Seine, convaincu sans doute que l'exemple, parlant du centre, ne tarderait pas à rayonner sur toute la province.

(1) Legrand du Saulle. De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques. Discussion : Delasiauve, Lunier, J. Falret, Bailly-Larger. (Séances des 28 octobre et 25 novembre 1878 ; des 27 janvier, 24 février et 31 mars 1879. — *Ann. méd.-psych.*, 1879, t. I, pp. 117, 266, 418 et 455 ; t. II, p. 88.)

L'active intervention dans le débat de Delasiauve et de Lunier — tous deux d'une rare compétence en la matière — ne pouvait manquer d'y apporter de grands éclaircissements, de le mener à des conclusions vraiment pratiques. C'est particulièrement la communication de Lunier qui mérite notre attention ; on y trouve réunis tous les éléments du problème, et les solutions qu'on en peut tirer sont nettement indiquées. Elles furent, comme vous vous le rappelez sans doute, soumises au vote de la Société, qui les adopta à l'unanimité.

Ce vote fut purement platonique ; il y a plus de vingt-trois ans qu'il fut émis, et si la question a fait un pas vers sa solution, il faut avouer que ce pas est bien petit. Ce n'est certes pas une raison pour désespérer. Tout progrès est lent, même dans les choses nécessaires. A nous d'exciter sans cesse le zèle des pouvoirs publics, des conseils électifs, de tous ceux qui possèdent quelque puissance, sans oublier l'initiative privée, qui a sa force, elle aussi, pour que ce problème de l'assistance des épileptiques reçoive enfin une prompte solution pratique et que, selon l'expression de Lunier, « on ne laisse « pas plus longtemps une classe nombreuse et intéressante à tous égards, d'infirmes et de malades, dans « une sorte d'abandon qui est indigne d'un grand pays ».

La médecine légale n'est pas la partie la moins délicate de notre tâche. Tous les jours, des problèmes médico-judiciaires, les uns simples, les autres très complexes, sont soumis par les magistrats à notre appréciation clinique. Des conclusions tirées de notre examen peuvent dépendre, parfois la vie d'un inculpé, le plus souvent son honneur et celui de sa famille. On comprend donc aisément l'utilité, la nécessité même, de principes, de règles, pouvant servir de guides au méde-

cin chargé d'une expertise médico-légale dans un cas de folie.

La Société médico-psychologique devait tenir à honneur d'aborder, résolument et courageusement, cette grande et importante question de la folie au point de vue judiciaire. Elle y est revenue à plusieurs reprises, et toujours avec cette indépendance, ce sens pratique, cette hauteur de vues, cette connaissance approfondie de l'aliéné, indispensables en pareille matière.

La première question traitée fut, sur la proposition de M. Jules Falret, celle de la responsabilité partielle des aliénés. C'était certes un des points les plus litigieux, et qui méritait d'être examiné à fond. Effleuré déjà dans la célèbre discussion sur la monomanie, il allait, cette fois, être serré de près ; des opinions contradictoires qui devaient se produire, jaillirait peut-être la lumière.

Ce fut Legrand du Saulle qui ouvrit la discussion par la lecture d'un mémoire, très habilement rédigé, où il se pose en défenseur de la théorie de la responsabilité partielle (1). Toute sa thèse se résume en quelque sorte dans les paroles suivantes : « Un homme atteint de « délitre partiel cède à l'impulsion d'un penchant insouciant. Devons-nous déclarer que la lésion circonscrite « de son intelligence a bouleversé à ce point sa raison « que, parmi les actes qu'il a commis, on ne puisse « fréquemment en laisser quelques-uns à sa charge ? « Irons-nous exclure tout discernement lorsque le fait « incriminé sera nettement en dehors des aberrations « habituelles ? » A ces questions si pressantes, notre savant collègue répondait par la négative.

Cette opinion trop absolue qui aurait pour consé-

(1) Legrand du Saulle. De la responsabilité partielle dans la folie et les névroses. (*Ann. méd.-psych.*, 1863, t. I, p. 209).

quence, si elle était adoptée, de créer une nouvelle catégorie d'aliénés, celle des aliénés condamnés pour responsabilité partielle, — cette opinion fut vivement combattue par M. Jules Falret d'une part (1), et, d'autre part, par Dally, Briere de Boismont, Paul Janet, d'autres encore, tandis qu'elle fut assez mollement soutenue par ses partisans, et encore à l'aide d'arguments d'une faible portée. Aucun (2) d'eux ne trouva de réponse à la réplique péremptoire de notre vénéré collègue, M. J. Falret, qui se trouve résumée dans les passages suivants :

« On ne s'imagine pas assez les difficultés insurmontables que l'on rencontrerait dans la pratique, si on laissait échapper ce critérium positif de la maladie pour lui substituer celui de la responsabilité partielle de certains aliénés. Dès qu'on renoncerait à considérer l'irresponsabilité absolue comme liée nécessairement à l'état de folie, on ouvrirait la porte à toutes les discussions et à toutes les contestations possibles... »

Et plus loin : « Comment limiter exactement la sphère dans laquelle s'exerce le délire? Comment affirmer que tel acte, accompli dans tel moment, est totalement étranger aux conceptions délirantes de l'individu, tandis que tel autre acte, commis au même instant, doit être attribué à une impulsion maladive?... Comment le punir en même temps pour certains

(1) J. Falret. De la responsabilité morale et de la responsabilité légale des aliénés. (*Ann. méd.-psych.*, 1863, t. II, p. 258.)

(2) Discussion sur la responsabilité partielle : Billod, Delasiauve, Briere de Boimont, Dally, Alfred Maury, Cerise, Paul Janet, Des Etangs, Linas, Moreau (de Tours), Pouzin, Fournet, Michéa, Girard de Cailleux. (Séances des 28 février, 30 mars, 22 avril, 18 mai, 29 juillet, 16 et 30 novembre, 28 décembre 1863; des 27 juin et 25 juillet 1864. — *Ann. méd.-psych.*, 1863, t. II, pp. 403, 408, 428, 441 et 462; 1864, t. III; pp. 130, 263, 270 et 276; t. IV, pp. 98, 267, 426, 447 et 453.)

« actes et l'absoudre pour certains autres?... Qui pourrait peser, mesurer le degré d'impulsion qui a entraîné le malade à l'action et le degré de résistance qu'il a pu y opposer? Qui a la prétention de posséder un phrénomètre, c'est-à-dire un instrument assez précis, assez rigoureux, pour calculer avec exactitude, dans cette statique intellectuelle et morale, dans ce mécanisme compliqué des facultés intellectuelles, morales et instinctives, la puissance des forces d'impulsion et le contre-poids exercé par les forces de résistance, et pour indiquer avec vérité de quel côté se trouve la résultante de toutes ces forces combinées agissant simultanément, c'est-à-dire l'acte accompli? qui pourrait déterminer s'il a été le produit de la décision libre de l'individu, ou bien, au contraire, s'il a eu lieu malgré lui et à son insu, par suite d'une impulsion maladive supérieure à sa volonté? Cette mensuration exacte des forces psychiques est tout simplement impossible... ».

Le médecin légiste, pour apprécier si un individu soumis à son examen est coupable ou s'il doit être exonéré de toute responsabilité, a besoin d'un moyen de jugement plus certain et moins contestable; et le seul qui puisse remplir ce but, c'est celui qu'il tire de l'état de santé ou de l'état de maladie du sujet examiné.

Ce sont là les principes que Morel avait déjà posés dans la discussion sur la monomanie et qui ont été rappelés plus haut; ce sont ceux qui ont fini par prédominer dans la pratique médico-légale. Le rôle du médecin légiste ne diffère pas de celui du médecin clinicien: « il cherche à reconstituer, à l'aide de son observation directe et des documents qui lui sont fournis, l'histoire complète de la maladie, depuis son origine jusqu'au moment actuel »; si cette maladie est bien

établie, il sera facile de démontrer que l'acte, délictueux ou criminel, n'en est qu'un épisode.

Parmi les communications faites au cours de ce long débat, qui ne prit pas moins de quatorze séances, il en est une qui mérite une mention spéciale : c'est celle de Dally, ayant pour titre : *Considérations sur les criminels et les aliénés criminels au point de vue de la responsabilité* (1). Lorsqu'on relit avec tout l'intérêt qu'il mérite ce mémoire si plein de vues originales, on ne peut s'empêcher de classer son auteur parmi les précurseurs de l'anthropologie criminelle, cette science jeune, au passé récent, mais aux ambitions vastes et justifiées.

Si nous suivons par ordre chronologique les discussions sur des questions médico-légales, nous trouvons successivement, d'abord, en 1866, un point important relatif à la médecine légale de l'apoplexie, soulevé par Legrand du Saulle (2), et un autre concernant la responsabilité de l'homme ivre, sur lequel Delasiauve demandait l'avis de la Société (3) ; puis, en 1867, un court débat sur l'interdiction des aliénés, provoqué par Morel (4). Mais ce n'étaient là que de courts épisodes avant la grande discussion sur les aliénés dangereux qui devait commencer à la séance du 27 juillet 1868 par la remar-

(1) Dally. *Considérations sur les criminels et les aliénés criminels au point de vue de la responsabilité.* (*Ann. méd.-psych.*, 1863, t. II, p. 260.)

(2) Legrand du Saulle. Question médico-légale relative à l'apoplexie. Discussion : J. Falret, Girard de Cailloux, Brierre de Boismont, Ach. Fovillé, Rousselin, F. Voisin, Me-net, Brochin, Bourdin, Belloc, Lunier, Legrand du Saulle, Pouzin. (Séances des 12 et 26 novembre 1866. — *Ann. méd.-psych.*, 1867, t. IX, pp. 89 et 101.)

(3) Delasiauve. Question médico-légale relative à l'ivresse. Discussion : Baillarger, Lunier, Legrand du Saulle, Pouzin, Brierre de Boismont, Trélat, Linas. (Séance du 10 décembre 1866. — *Ann. méd.-psych.*, 1867, t. IX, p. 274.)

(4) Morel. De l'interdiction des aliénés. Discussion : Brierre de Boismont, Delasiauve. (Séance du 24 juin 1867. — *Ann. méd.-psych.*, 1869, t. X, p. 348.)

quable communication de M. J. Falret et ne pas occuper moins de neuf séances consécutives (1).

Le rapport de notre vénéré collègue peut être considéré comme la meilleure entrée en matière d'un tel débat. Après avoir considéré les aliénés dangereux au point de vue social, il les étudie cliniquement : il passe en revue successivement les premières périodes des maladies mentales, puis les épileptiques, les alcooliques, les maniaques, les persécutés, les raisonnants, enfin les idiots et imbéciles. C'est là toute une galerie de portraits d'une saisissante exactitude, dont les traits restent profondément gravés dans l'esprit, surtout au point de vue spécial qui préoccupait leur auteur.

On connaît les sages conclusions de ce remarquable travail : elles se tiennent « également éloignées des deux opinions extrêmes, qui sont l'une et l'autre exagérées, c'est-à-dire de la séquestration appliquée à tous les aliénés sans exception et de la liberté de circulation laissée indistinctement à tous ces malades ». C'est à l'examen clinique, le plus approfondi que possible, qu'il appartient de résoudre le difficile problème du degré de danger que peut présenter un aliéné ; par cette étude consciencieuse, nous fournirons des éléments pour la solution de l'une des questions pratiques les plus délicates que l'on puisse aborder dans notre spécialité.

Une question qui semble connexe à la précédente, au point qu'elle a pu se fondre avec elle dans la discussion, est la nécessité de « la création *d'asiles spéciaux pour*

(1) Discussion sur les aliénés dangereux : J. Falret, Lunier, Morel, Brierre de Boismont, Fournet, Girard de Cailleux, Rousseau, Delasiauve, Legrand du Saulle, Motet, Morel, Aug. Voisin, Billod, Belloc, Pouzin, Labitte, Ach. Foville, Dagonet. (Séances des 27 juillet, 26 octobre, 16 et 30 novembre, 14 et 28 décembre 1868 ; des 22 février, 26 avril et 26 juillet 1869. — *Ann. méd.-psych.*, 1869, t. I, pp. 84, 113, 129, 275, 288, 299 et 448 ; t. II, pp. 61 et 409.)

les aliénés dits criminels, c'est-à-dire pour les aliénés dangereux traduits devant les tribunaux, ou ayant subi une condamnation judiciaire ».

M. J. Falret, dans une seconde communication, étudie cette question importante au point de vue historique ainsi que dans ses conséquences sociales et légales ; et, de la discussion très serrée à laquelle il se livre, notre savant collègue arrive à conclure « que la seule chose admissible, à la rigueur, serait la création de petits quartiers d'aliénés annexés à quelques maisons centrales, pour certains malades tout à fait exceptionnels, par leur caractère essentiellement dangereux, ou par l'extrême notoriété des actes qu'ils auraient accomplis, mais qu'il n'y a pas lieu de fonder des sections spéciales dans les asiles, ni à plus forte raison des asiles complètement distincts, pour les aliénés dits criminels ».

Les deux questions — celle des aliénés dangereux et celle de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels — s'enchevêtrèrent dans la discussion ; mais il est juste de reconnaître que la majorité des orateurs se maintint sur le terrain primitif, celui de la première communication de M. Falret, aux conclusions de laquelle ils semblèrent tous se rallier. Une mention spéciale doit être accordée au discours si nourri de Lunier ; à la communication de Morel, qui relate des faits frappants d'épilepsie larvée ; à celle de Billod qui s'applique à démontrer « le caractère dangereux que revêt la maladie de certains aliénés, en raison du milieu dans lequel ils vivent » ; enfin au mémoire de Brierre de Boismont, où la question des aliénés criminels est nettement posée.

On sait que ce savant collègue s'était fait, en France, l'apôtre convaincu de la création d'asiles spéciaux pour ce genre de malades. En 1846, il publiait son premier article sur la question, et, maintes fois, depuis, il avait pris la plume pour défendre une idée qui lui était chère.

Sa lecture devant la Société médico-psychologique ne fit pas avancer d'un pas la solution du problème. On peut dire qu'elle n'était pas mûre, en France du moins, car les exemples donnés par l'étranger allaien bientôt susciter de nouveaux débats dans notre compagnie.

Dans la séance du 31 octobre 1881, M. Motet vint nous lire un mémoire des plus intéressants, en même temps que des plus suggestifs, sur l'asile des aliénés dits criminels de Broadmoor, en Angleterre (1). Notre éminent collègue y raconte ce qu'il a vu ; ce qu'il vit le confirma encore davantage dans la nécessité de cette institution. Son opinion, nettement formulée, fut vivement combattue ; mais elle devait prévaloir.

C'est dire assez que le débat soulevé par cette communication fit ressortir des divergences profondes, particulièrement sur la possibilité de distinguer, au point de vue théorique, l'aliéné ordinaire de celui qui a commis un crime ou un délit. Au point de vue pratique, tout le monde semblait d'accord sur l'indispensable nécessité d'éliminer de nos services ces éléments indisciplinables et dangereux, nécessitant un régime spécial, surtout depuis que les asiles d'aliénés se transforment peu à peu en hôpitaux de traitement, d'où la contrainte a disparu et qui procurent aux malades confiés à nos soins toute la somme de liberté compatible avec leur état mental.

L'accord fut loin d'être aussi parfait en ce qui con-

(1) A. Motet. *Broadmoor criminal lunatic asylum.* (*Ann. méd.-psych.*, 1881, t. VI, p. 411.) — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels : Christian, Motet, Delasiauve, Lunier, Foville, Falret, Labitte, Brunet, Lasègue, Dally, Legrand de Saulle, Blanche, Dagonet, Billod, Espiau de Lamaëstre, Aug. Voisin, Bigot. (Séances des 28 novembre et 12 décembre 1881 ; des 26 juin, 17 et 31 juillet, 30 octobre et 11 décembre 1882. — *Ann. méd.-psych.*, 1882, t. VII, pp. 279 et 295 ; t. VIII, pp. 256 et 295 ; 1883, t. IX, pp. 108 et 305.)

cerne la création d'un asile spécial pour ce genre de malades dangereux et indisciplinables : elle ne fut votée, en effet, qu'à une faible majorité. Mais, le principe une fois admis, l'unanimité se retrouva pour réclamer des dispositions législatives spéciales pour cette nouvelle catégorie d'aliénés. Et ainsi, M. Motet, qui avait été sur la brèche pendant tout ce long débat, finit par obtenir gain de cause ; le vœu émis par lui dans le cours de la discussion se trouvait adopté. « Je demande, disait-il, la « création d'un asile spécial, appartenant à l'Etat, « entretenu par l'État, où l'entrée et la sortie seront « réglées par des dispositions spéciales, applicables à « une catégorie d'aliénés contre lesquels il importe que « la société soit plus efficacement protégée. »

Ce vœu, il fallut plus de vingt ans pour qu'il obtint enfin un commencement d'exécution. Grâce à l'actif concours des administrateurs et des législateurs, ce *desideratum* de la médecine mentale arrivera prochainement à complète réalisation.

Ces grandes discussions de principes ne constituent pas tout le labeur de la Société en fait de médecine légale. Nombreuses sont les communications qu'elle reçut sur des points souvent litigieux, et relatifs soit à la capacité, soit à la responsabilité des aliénés. Si je vous les énumérais toutes, vous auriez le droit de me reprocher de faire de cette histoire de notre Compagnie un simple bulletin bibliographique. Vous m'en voudriez cependant si je ne rappelais pas tout ce qui a été dit ici sur le mariage des aliénés : et cette consultation médico-légale si remarquable sur un mariage *in extremis* qui vous a été présentée par le professeur Lasègue (1) ; et ces considérations si bien déduites de M. Motet sur la

(1) Lasègue et Tardieu. Mariage *in extremis*. Consultation médico-légale. (*Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VII, p. 59.)

capacité d'un démente à contracter mariage (1); et ce débat si nourri sur le mariage des aliénés dans les asiles, provoqué par le travail bien connu de notre savant collègue Billod (2).

A cette question du mariage des aliénés se rattache celle de sa dissolution. Vous vous rappelez le débat qui se produisit à l'Académie de médecine sur la sollicitation de la Commission nommée par la Chambre des députés pour étudier la loi sur le divorce. Il s'agissait de savoir s'il y avait lieu d'inscrire dans la nouvelle législation la folie parmi les causes de divorce. On sait que nos savants confrères conclurent à la négative.

La question fut portée devant la Société par notre collègue Dally (3). Cet esprit distingué, mais souvent paradoxal, critiqua la décision votée par l'Académie de médecine qui, selon lui, s'était trop laissée guider pour les sentiments et avait ainsi perdu de vue l'intérêt de la société en général, lequel doit primer celui des deux conjoints. On doit regretter que cette discussion n'ait été qu'ébauchée. Deux orateurs seulement prirent la parole : Delasiauve, pour soutenir la thèse de Dally ; Auguste Voisin, pour y apporter des tempéraments. Mais la question semblait épuisée par le débat de l'Académie de médecine, où tous les arguments pour ou contre le divorce appliqué à l'aliénation mentale furent présentés par Luys, d'une part et, d'autre part, par Blanche.

Mais il faut nous arrêter. Quelque incomplète que

(1) Motet. Rapport médico-légal sur la capacité d'une démente à contracter mariage. (Séance du 23 février 1874. — *Ann. méd.-psych.*, 1874, t. XI, p. 421.)

(2) Billod. Le mariage des aliénés dans les asiles. Discussion : Legrand du Saulle, Lunier, Motet, Blanche, J. Falret, Delasiauve. (Séances des 15 et 29 novembre, 20 et 27 décembre 1875. — *Ann. méd.-psych.*, 1876, t. XV, pp. 62, 240, 261 et 267.)

(3) Du divorce et de l'aliénation mentale. Discussion : Dally

soit cette revue rapide — et la force des choses nous empêche à notre grand regret de la faire complète — elle nous permet cependant de constater l'immense labeur accompli par la Société médico-psychologique durant le premier demi-siècle de son existence. Ses travaux, ses discussions eurent sur les progrès de notre savoir une incontestable influence. Aussi tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent à la médecine mentale, tiennent à honneur d'être admis au milieu de nous, et c'est avec une légitime fierté que nous voyons des demandes d'incorporation lues presqu'à chacune de nos séances. Il n'y a donc pas lieu d'être étonné que le nombre des membres de la Société se soit accru dans une proportion considérable : d'une trentaine au moment de sa fondation, il est aujourd'hui de près de trois cents.

Avec le nombre, s'est en même temps accrue son autorité. On l'a bien vu en une circonstance douloureuse pour un certain nombre de confrères étrangers, où, certainement, l'opinion, nettement exprimée, de notre Compagnie, fut le plus grand poids dans la balance de la justice. Je veux parler de l'affaire Sagrera, de cette affaire de prétendue séquestration illégale, dans laquelle furent impliqués trois médecins, le mari ainsi que les deux frères de la malade. On sait que le juge déclara hors de toute poursuite le professeur Pujadas, directeur de la maison de santé où avait été placée la dame Jeanne Sagrera, mais qu'il condamna les cinq autres inculpés à la peine de douze ans d'emprisonnement avec privation des droits civils et incapacité à remplir toute fonction publique pendant la durée de la peine, enfin aux dépens. Cela se passait en juin 1862.

Aug. Voisin, Delasiauve (Séances des 27 mars, 22 mai et 26 juin 1882. — *Ann. méd.-psych.*, 1882, t. VIII, pp. 97, 248 et 256.)

Quelques mois après, le professeur Pujadas, qui avait été mis hors de cause, fut à son tour poursuivi et se vit condamné à sept ans de prison.

La Société médico-psychologique s'émut avec raison de cette singulière condamnation, qui atteignait d'ailleurs un de ses membres associés étrangers, le professeur Pujadas ; elle chargea une commission composée de Brierre de Boismont, Legrand du Saulle et Loiseau de s'enquérir minutieusement de toutes les circonstances du procès et de lui faire un rapport motivé. Cette commission remplit sa tâche, délicate entre toutes, avec un zèle et un dévouement dignes d'éloges, s'entourant de tous les renseignements médicaux ou autres pouvant porter quelque lumière sur cette cause célèbre.

Ce fut Brierre de Boismont qui fut chargé du rapport (1). On ne relit pas sans émotion ces pages sincères où les faits sont exposés avec simplicité et sans passion — *sine ira et studio* — et qui se terminent par les deux conclusions suivantes qu'il n'est pas sans intérêt de reproduire :

« 1^o Au 26 juillet 1861, à son entrée dans le manicomie de San Bandilio, et au 8 août suivant, dona Juana Sagrera était atteinte d'une folie hystérique, ce qui est établi par son observation, les certificats des médecins, ses interrogatoires, ses lettres et ses actes : les graves conséquences que cette maladie peut avoir, même lorsque la raison semble conservée, autorisaient donc les mesures prises à son égard ;

« 2^o MM. les D^{rs} Navarra, Pastor, Pujadas ; MM. Nolla, Louis et François Sagrera ont été victimes d'une erreur judiciaire qui ne leur a fait perdre en rien l'estime des gens de bien. »

(1) Brierre de Boismont. Responsabilité légale des médecins en Espagne. Procès en détention arbitraire de dona Juana Sagrera. (*Ann. méd.-psych.*, 1864, t. III, p. 378.)

Ces conclusions furent votées à l'unanimité. Ce vote et le rapport si digne et si mesuré de la commission, contribuèrent pour une bonne part à modifier l'opinion publique et même celle des juges, en Espagne, sur cette regrettable affaire. D'ailleurs, la peine infligée aux accusés parut monstrueuse, même au tribunal qui avait prononcé la condamnation. Une supplique fut présentée par les juges à la reine, qui d'abord commua la peine en exil, puis accorda la grâce. Le Dr Antonia Pujadas, notre collègue, qui, au moment d'être arrêté, était passé à l'étranger, se constitua prisonnier et fut acquitté. Le gouvernement espagnol ne s'arrêta pas à cette tardive justice; bientôt la reine accorda à notre estimé et honoré collègue la croix de commandeur de Charles III, et, peu après, le nomma commissaire extraordinaire pour l'inspection de tous les asiles d'aliénés de l'Espagne, et le chargea de réorganiser l'hôpital des aliénés de Grenade.

La Société médico-psychologique n'eut pas affaire à des ingrats. Voici, en effet, un extrait d'une lettre du Dr Pujadas, qui nous fait le plus grand honneur :

« Si cette instruction judiciaire, égarée dans les fausses voies de l'ignorance et de la prévention, a été pour moi un véritable supplice, j'ai trouvé, écrit notre collègue, dans le jugement de la Société médico-psychologique, une réhabilitation nouvelle que je regarde comme un triomphe égal à celui que j'ai obtenu du tribunal de Valence, par l'acquittement prononcé à mon égard.

« Je ne saurais trop vous exprimer, messieurs, ma gratitude et mon admiration pour l'intérêt et la sympathie que la savante corporation dont je m'honore de faire partie, a bien voulu accorder au véritable martyr de cette question scientifique.

« La nouvelle dignité dont S. M. C. a bien voulu

« m'investir, paraît comme une espèce de dédommagement des souffrances injustes dont j'ai été affligé, et me place dans une position qui me permettra de payer à la science le juste tribut de gratitude qui lui appartient, puisque c'est à elle que je dois principalement la reconnaissance de la vérité et la réparation de mon honneur indignement outragé.

« Veuillez, messieurs, agréer mes très sincères remerciements et ceux de mes collègues, comme aussi ceux de M^{me} Nolla et des deux frères Sagrera, qui me chargent de vous exprimer les mêmes sentiments que « moi... »

Une Société a le droit d'être fière, qui possède de telles lettres dans ses archives.

Le plus beau privilège de la nature humaine est la participation, en quelque sorte spontanée, au malheur d'autrui. Ce sentiment altruiste semble même gagner en intensité chez les hommes réunis en corporation. Plaisirs comme peines deviennent alors communs. On vient de le voir par l'émotion qui s'empara de nos prédecesseurs à la nouvelle de l'injuste condamnation d'un de nos associés étrangers et par l'énergie avec laquelle ils prirent sa défense. On le vit encore dans les cas, trop fréquents, hélas ! où la mort prématurée d'un collègue amenait à sa suite la gêne, parfois la misère, au foyer désolé. Nos procès-verbaux ne sont que trop souvent l'écho des pénibles doléances de ces malheurs immérités. D'ordinaire, on court au plus pressé : une souscription est ouverte, qui atténue le mal momentanément. Mais, au fond, ces adoucissements ne sont que des palliatifs. À un mal permanent, il faut opposer un remède sûr et continu. C'était bien là l'opinion générale, puisqu'on nomma un jour une commission chargée d'étudier la question. Soit que la tâche fût au-dessus de

ses forces, soit pour tout autre motif, cette commission ne déposa jamais son rapport. La question serait donc restée indéfiniment en suspens, sans une énergique initiative individuelle.

Le savant de haut mérite, l'homme de cœur que fut Baillarger, trouva la solution et s'en fit l'apôtre : à la charité, aléatoire et passagère, il fallait substituer la mutualité, avec ses caractères de justice et d'obligation. Notre maître vénéré n'eut pas de peine à convaincre ses collègues, qui vinrent se grouper autour de lui pour constituer cette *Caisse d'assistance mutuelle des médecins aliénistes*, qui devait devenir peu après l'*Association mutuelle des médecins aliénistes de France*.

La première assemblée générale se réunit le 24 avril 1865 pour l'adoption des statuts et l'élection du bureau. Dès ce premier jour, trente membres s'étaient fait inscrire, et le montant de leurs cotisations s'élevait à la somme de 2.300 francs. Aujourd'hui, après trente-sept années d'existence, notre Association mutuelle comprend plus de cent-cinquante membres, c'est-à-dire la presque totalité des médecins aliénistes français ; elle a pu, depuis sa fondation, malgré une cotisation minime, distribuer près de 230.000 francs de secours, et placer un capital de plus de 150.000 francs. Ces chiffres, qui ont leur éloquence, méritaient d'être cités.

« Le seul moyen d'obliger les hommes à dire du bien « de nous, c'est d'en faire. » Cette maxime de Voltaire s'applique à notre sœur cadette l'Association mutuelle. Ayant prodigué le bien et soulagé d'innombrables fortunes, nous avions la douce obligation de la convier à cette fête commémorative pour lui rendre, ainsi qu'à son généreux fondateur, un pieux et sincère hommage de notre profonde reconnaissance.

Tout corps savant, une fois son travail intérieur réglé-

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. XVI. Juillet 1902. 8. 8

menté et assuré, a une tendance naturelle, très légitime et très louable, à porter ses regards au dehors, à exciter le zèle des travailleurs en leur soumettant des questions à résoudre qui lui paraissent d'un intérêt immédiat. De ce besoin de prosélytisme sont nés les prix académiques, dont on a beaucoup mérité, mais qui n'en continuent pas moins d'être très recherchés.

Grâce à la libéralité de quelques-uns de ses membres, la Société médico-phychologique put, dès les premières années de sa fondation, donner des encouragements aux travailleurs. Ainsi, en 1855, Ferrus créa un prix de cinq cents francs, destiné au meilleur mémoire sur le crétinisme. Le travail qui fut envoyé obtint une médaille d'or à titre d'encouragement ; il avait pour auteur le Dr Niepce, d'Allevard (Isère). La même question ayant été remise au concours, un seul candidat se présenta de nouveau : une médaille d'or de cent francs lui fut accordée en 1860. Ferrus, dont la générosité ne se lasait pas, voulut qu'on annonçât son prix pour la troisième fois. Cet exemple fut contagieux : Belhomme et Archambault, qui s'intéressaient, eux aussi, à cette question du crétinisme, triplèrent le montant du prix. Il fut décerné en son intégralité, sur un remarquable rapport de Baillarger, à notre distingué collègue, M. le Dr Saint-Lager, dont le travail, aujourd'hui classique, est bien connu de tous ceux qui se sont occupés de ce curieux problème de dégénérescence humaine.

Dans sa séance du 27 janvier 1862, la Société recevait de M. André la somme de mille francs pour un prix à décerner au meilleur mémoire sur la manie raisonnable. Un premier concours ne donna aucun résultat ; au second, un travail d'un grand intérêt, très travaillé et bourré d'observations cliniques, fut envoyé : il avait pour auteur notre savant collègue, M. Campagne, alors médecin en chef de l'asile de Montdevergues. Le prix

I lui fut décerné après un rapport des plus élogieux de M. J. Falret.

Je n'ai pas à faire ici l'historique du prix Esquirol, pienusement continué jusque dans ces dernières années par nos collègues MM. Mitivié, neveu et petit-neveu de l'illustre alliéniste. Les juges de ce prix, destiné aux internes des asiles, étaient choisis parmi les membres de notre Société ; mais ce n'est qu'en 1870 que le Dr Mitivié, cédant aux instances de ses collègues, autorisa la lecture, dans la séance solennelle de notre Compagnie, du rapport de la Commission du prix Esquirol et la proclamation du lauréat. A M. Motet échut l'honneur de présenter le premier rapport ; on retrouve dans ces pages éloquentes, l'homme tout entier, avec son esprit et son cœur, l'écrivain impeccable, aux délicates et fines nuances, qui charma tant de fois nos graves réunions, que nous ne nous lassons ni d'écouter ni d'applaudir.

Aubanel avait inscrit dans son testament la somme de 16.000 francs, destinée à la Société médico-psychologique pour la fondation d'un prix qui devait porter son nom. Dès le lendemain de la mort de notre distingué collègue, sa noble veuve mit à notre disposition la rente de cette somme, jusqu'au jour où, reconnue d'utilité publique, notre Compagnie pourrait posséder et recevoir des legs. Cette formalité fut remplie en 1867, et depuis lors, en règle avec la loi, nous avons reçu, outre le legs Aubanel, d'autres d'importance moindre, mais dont se réjouissent fort les nombreux travailleurs qui s'intéressent aux questions médico-psychologiques.

Le prix Aubanel est décerné régulièrement depuis 1865. On connaît les questions importantes de médecine mentale qui furent mises au concours. Les mémoires des lauréats ont été presque tous imprimés. Ils occupent pour la plupart une place distinguée dans notre littéra-

ture spéciale et sont souvent très honorablement cités tant en France qu'à l'étranger.

Au mois de février 1880, s'éteignait, à l'âge de quatre-vingts ans, un de nos plus distingués membres fondateurs, le Dr Belhomme, dont les travaux sur l'idiotie et l'anatomie pathologique de la folie sont justement estimés. En souvenir des jours d'heureux labeur passés au milieu de nous, il léguait à la Société sa riche bibliothèque. Sa fille, M^{me} Leroy, devait faire davantage. Pour perpétuer le nom de son père dans notre Compagnie, elle nous fit le don gracieux d'une rente annuelle de 300 francs, destinée à un prix triennal de 900 cents francs, qui porterait le nom de prix Belhomme. Ce prix devait être destiné à l'auteur du meilleur travail sur l'aliénation mentale ou sur l'idiotie.

Inutile de vous dire que ce don fut accepté avec la plus vive reconnaissance. Pour rendre hommage à la mémoire de Belhomme, dont cette question avait été l'objet de ses principales préoccupations, la Société demanda aux candidats du premier concours un travail sur l'idiotie et de préférence sur les lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie. On sait que ce prix fut décerné en 1886.

Depuis, on ne cessa de poser aux concurrents des questions relatives à l'idiotie. Ce problème pathologique si complexe a pu être ainsi exploré en ses coins et en ses recoins. Grâce à la générosité des donateurs, des documents d'une réelle importance ont été recueillis, qui contribueront à répandre plus de clarté sur un des sujets les plus difficiles de notre spécialité.

En 1884, le lendemain de la mort de Moreau (de Tours), la veuve de notre illustre collègue, désireuse d'honorer la mémoire de son mari, fit à la Société, qui l'accepta avec la plus vive gratitude, le don gracieux d'un prix biennal de 200 francs. Ce prix, sur la propo-

sition de Legrand du Saulle, devait être décerné à l'auteur de la meilleure thèse sur la pathologie mentale ou nerveuse, soutenue dans une des Facultés de médecine de France, durant les deux années précédentes. Grâce à la libéralité de la famille du célèbre auteur de la *Psychologie morbide*, il nous est possible de distinguer, tous les ans, parmi les nombreuses dissertations inaugurales traitant de sujets relatifs à notre spécialité, celles qui sont les plus méritantes et dénotent chez leurs auteurs de réelles aptitudes pour les recherches médico-psychologiques.

Le prix, fondé par Esquirol, généreusement continué par ses descendants pendant plus de cinquante ans (de 1844 à 1897), était, comme vous le savez, destiné à récompenser des travaux cliniques émanés d'internes de nos asiles ou de jeunes médecins s'occupant des maladies mentales. Par suite de raisons de famille des plus respectables, notre généreux et distingué collègue, M. Mitivié, se vit dans l'obligation d'interrompre à son grand regret une tradition de plus d'un demi-siècle. Votre Compagnie ne voulut pas de cette interruption. Pour rendre hommage à l'un des plus illustres représentants de la psychiatrie française, elle décida, sur la proposition de M. Christian, de prélever sur son modeste budget une somme de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, le disciple le plus cher du maître, pour rétablir le prix Esquirol sous les conditions anciennes.

Dans la séance même où cette proposition fut ratifiée, nous eûmes la bonne fortune de vous annoncer que notre excellent et sympathique secrétaire des séances, M. René Semelaigne, fondait, en souvenir de son père, qui fut un aliéniste distingué et un historien d'un rare mérite, un prix de la valeur de 500 francs. Ce prix serait décerné, tous les deux ans, au meilleur travail manuscrit sur une question de jurisprudence ou de légis-

lation concernant les aliénés, ou sur l'histoire de la médecine mentale.

La question proposée pour le premier prix Semelaigne, à décerner en 1901, fut la suivante : Protection de la fortune des malades placés dans les établissements d'aliénés. Vous savez qu'il y fut répondu avec un savoir très étendu en jurisprudence et en médecine mentale, par deux de nos membres correspondants, MM. Samuel Garnier et Lalanne, qui se partagèrent le prix.

La Société médico-psychologique a le droit d'être fière : la confiance de ses donateurs lui permet d'indiquer aux travailleurs les questions qui doivent s'imposer particulièrement à leur attention ; d'encourager et de récompenser le talent et le labeur, partout où ils se trouvent ; de permettre enfin aux générations nouvelles d'aliénistes d'affirmer leurs tendances en des œuvres où l'on recherche surtout ce grain d'originalité, même cette audace de pensée, indices certains d'un esprit personnel et curieux, à la piste de voies nouvelles pour la découverte de la vérité.

Les Congrès scientifiques, nationaux ou internationaux, deviennent de plus en plus un rouage de la vie moderne. Les plus sceptiques n'en contestent plus l'utilité. Après quelque résistance ils finissent par envoyer leur adhésion et deviennent les congressistes les plus actifs, apportant des communications, prenant part aux discussions, cultivant les amitiés nouvelles que procurent ces réunions intermittentes, où, comme l'on voit, l'intelligence et la sociabilité trouvent leur compte.

La Société médico-psychologique complit tout l'intérêt que présentent « ces grandes assises internationales que l'on appelle des *congrès* » ; l'échange d'idées qu'elles procurent avec des savants de tous les pays, cultivant la même science, élargit considérablement notre horizon

intellectuel, en nous obligeant à sortir de nos idées souvent trop exclusives. Dès 1867, à l'occasion de l'Exposition universelle, elle prit l'initiative d'un Congrès aliéniste international qui se réunit du 10 au 14 août, sous la présidence de Paul Janet, membre de l'Institut (1).

La question capitale qui fut traitée dans cette réunion, est la recherche des bases d'une statistique uniforme pour les asiles d'aliénés de tous les pays. On connaît le mémoire remarquable communiqué, à ce sujet, par Lunier et qui, en son genre, est un modèle, peut-être facile à imiter, mais difficile à surpasser (2). Cette question qui, dès cette époque, semblait mûre, n'a pas encore complètement abouti, malgré de nombreux et sérieux efforts. Il y faudrait l'assentiment de tous les gouvernements, et de plus leur entente; et, c'est là le point difficile, on pourrait même ajouter, insurmontable.

Le deuxième Congrès international de médecine mentale qui se réunit sous les auspices de notre Compagnie, se tint à Paris du 5 au 10 août 1878, sous la présidence de Baillarger. C'était au lendemain de nos désastres. On se demandait si une pareille réunion avait quelque chance de réussite. Hâtons-nous de dire que le succès dépassa l'attente. Grâce à un programme très bien choisi, grâce surtout, au zèle et au dévouement du secrétaire général, notre excellent collègue, M. Motet, le nombre des adhérents atteignit le chiffre de près de cent cinquante médecins aliénistes, tant français qu'étrangers (3).

(1) Congrès aliéniste international. Comptes rendus des séances. (*Ann. méd.-psych.*, 1867, t. X, p. 491.)

(2) Lunier. Projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales, arrêté par le Congrès aliéniste international de 1869. Rapport et exposé des motifs. (*Ann. méd.-psych.*, 1869, t. I, p. 32.)

(3) Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris

Il n'est pas sans intérêt de rappeler les questions qui furent mises au programme, dont l'étude et la discussion occupa la plus grande partie des séances. Ce fut d'abord la recherche des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits « criminels » ; elle fut l'objet de longs et intéressants débats qui se terminèrent par l'adoption d'un double voeu : l'un relatif à la création de quartiers et d'asiles spéciaux pour les aliénés dits « criminels » ; l'autre demandant que « tout individu réputé aliéné, renvoyé par ordonnance de non-lieu ou par acquittement, fût nécessairement soumis par l'autorité administrative à l'examen d'une commission avant d'être libéré ».

Les deux autres questions du programme sont, d'une part, les variétés cliniques de la paralysie générale, et, d'autre part, les délires instantanés transitoires (délires par accès) au point de vue de la médecine légale des aliénés. Vous savez avec quelle précision, quelle netteté fut traitée la première par notre vénéré collègue, M. J. Falret ; on sait aussi avec quel charme, quelle originalité, quelle pittoresque dans l'expression, le professeur Lasègue exposa la seconde. Les survivants parmi les nombreux auditeurs de ces maîtres en l'art de bien dire, n'ont pas oublié ces deux communications aussi remarquables par la forme que par le fond.

Ce Congrès de 1878, dont on ne saurait assez louer l'organisation et les résultats, servit de modèle à celui de 1889, dont la Société prit aussi l'initiative. Mais il existe entre les deux réunions une différence très notable. En 1878, les sujets de législation et d'administration prirent le pas sur les questions scientifiques proprement dites. De ses huit séances, quatre et demie furent

du 5 au 10 août 1878. *Comptes rendus* publiés par le Dr Motet.
1 vol. in-8°. Paris, 1880.

consacrées aux premières, trois et demie seulement aux secondes. En 1889, la proportion est plus que renversée : sur neuf séances, sept furent complètement remplies par des communications d'ordre scientifique, deux seulement occupées par la lecture et la discussion des mémoires relatifs à la législation et à l'assistance publique des aliénés (1).

Le Congrès de 1889 fut présidé par M. J. Falret. Ce maître distingué voulut bien se charger de la première question du programme. Avec la compétence que nous lui reconnaissions tous, il traça des obsessions avec conscience (intellectuelles, émoticives et instinctives), un tableau en raccourci qui fut très apprécié.

La deuxième question, relative à la médecine légale, avait pour objet la responsabilité des alcoolisés. Le rapport dû à M. Motet et à notre regretté collègue Vétault est le résumé le meilleur qu'on puisse trouver des nombreuses difficultés soulevées par un problème qui préoccupent médecins et légistes.

La troisième question avait trait à la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux publics et privés. Le sujet était vaste et, aussi, excessivement délicat. Il fut traité avec un talent rare et une érudition profonde par deux de nos collègues les plus distingués, le professeur Ball et son chef de clinique Rouillard, qu'une mort prématurée enleva, l'un et l'autre, à la science qu'ils cultivaient avec succès.

Deux faits sont à retenir de ce Congrès de 1889. Le premier est le vote sur la proposition de notre savant collègue, M. Jul. Morel, de Gand, d'un projet de classe-

(1) Congrès international de médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. *Comptes rendus* publiés par le Dr Ant. Ritti, 1 vol. in-8°, 1890.

ment des maladies mentales destiné à faciliter une bonne statistique internationale. Un grand nombre de nos confrères des asiles, donnant en quelque sorte une sanction à ce vote, se servent depuis lors de la classification adoptée pour établir les tableaux statistiques de leurs rapports annuels.

Le second fait eut des conséquences d'une plus grande importance, et qui durent encore : il s'agit de la création de notre Congrès annuel de médecine mentale.

Ce n'est pas le lieu de raconter la genèse de cette institution qui a déjà rendu et continuera de rendre de grands services. Je me contenterai de rappeler que l'idée en partit de Lyon, qu'elle reçut le meilleur accueil dans nos journaux spéciaux, que notre collègue, M. le professeur Georges Lemoine, élève distingué de M. le professeur Pierret, lui donna une réalité concrète sous forme d'une proposition qu'il soumit au Congrès de 1889.

Malgré quelques objections, elle fut adoptée, et, fait assez rare dans les assemblées, du principe on passa à l'application, on aboutit. Le Congrès décida que les médecins aliénistes s'assembleraient chaque année dans une ville différente, et que la première réunion aurait pour siège Rouen.

Toutes ces décisions furent exécutées à la lettre. Depuis 1890, tous les ans, au commencement d'août, les médecins aliénistes français se réunissent en Congrès au grand profit de la science, de la diffusion de nos idées et, aussi, de nos relations confraternelles. Les comptes rendus de ces réunions forment dix volumes compacts, riches en rapports et en mémoires sur tous les points de la médecine mentale et nerveuse, tableau réellement vivant, en ce qui concerne notre spécialité, du mouvement scientifique de la fin du dernier siècle.

L'Exposition universelle de 1900, en attirant une foule

d'étrangers à Paris, devait être l'occasion d'un grand nombre de congrès de tous genres. La médecine mentale eut le sien ; mais cette fois, elle ne fut qu'une partie dans un grand organisme, le XIII^e Congrès internationale de médecine. En tant que société, nous n'eûmes pas à intervenir dans l'organisation de la section de psychiatrie, ce qui n'empêcha nullement la plupart d'entre vous d'y jouer un rôle des plus actifs et des plus honorables. Mais vous avez voulu, par un vote des plus significatifs, désigner celui d'entre nous qui, par son œuvre scientifique, son caractère, les services rendus, vous paraissait le plus digne de diriger les travaux de cette assemblée de médecins aliénistes venus de tous les points du globe, et vous avez appelé à la présidence de notre compagnie, pour l'année 1900, notre éminent et vénéré collègue, M. Magnan.

Une société savante s'honneure grandement en honorant dignement ses morts. Rendre un hommage mérité et reconnaissant à la mémoire de ceux qui, par leur savoir et leur talent, ont accru la somme de nos connaissances, est une obligation douce aux cœurs bien nés. Cette obligation est d'autant plus fortement ressentie, qu'on est imprégné de cette idée juste et vraie, facilement démontrable l'histoire à la main, que chaque génération, malgré les efforts les plus généreux, n'ajoute que peu de chose à l'immense capital intellectuel que lui ont légué ses prédécesseurs.

Ce sentiment de vénération et de reconnaissance n'a pas cessé d'être une vertu de notre Compagnie. Dès ses premières années, lorsqu'un deuil la frappait, elle chargeait un des amis du défunt de raconter sa vie, d'apprécier son œuvre. A cette touchante pensée, nous devons une série de notices, courtes mais substantielles, qui ne passèrent pas inaperçues. Ainsi Buchez rappela les

mérites, qui furent grands, du professeur Gerdy, le profond écrivain dont la *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence* prouve qu'on peut être à la fois un chirurgien distingué et un penseur d'une rare originalité(1) ; Casimir Pinel retraca l'existence tourmentée de Sandras, l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, l'auteur bien connu de ce *Traité pratique des maladies nerveuses* qui fut longtemps un livre classique(2). Plus tard, Linas écrivit quelques pages émues sur Marcé, enlevé trop tôt à la science qu'il avait enrichie de ses travaux(3) ; et Brierre de Boismont, se faisant l'interprète de tous ses collègues, apprécia l'esprit et les travaux d'un de nos plus illustres membres associés étrangers, le célèbre professeur Griesinger, de Berlin, dont l'œuvre et l'enseignement eurent le plus grand éclat(4).

Mais ce qui jusqu'alors n'était qu'accidentel, allait se régulariser. Dans sa séance du 25 octobre 1869, sur la proposition du président, l'inspecteur général Constans, il fut décidé que, dorénavant, « chaque année, à la « séance du mois d'avril, le Secrétaire général lirait « une notice biographique sur chacun des membres de « la Société décédés dans le courant de l'année ». Cette décision, si elle ne fut pas exécutée à la lettre, reçut du moins une large application. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir la liste de nombreux éloges prononcés devant vous depuis 1870 ; aucun de nos grands morts n'y est omis.

Il appartenait à mon regretté prédécesseur, Ch. Loi-

(1) Buchez. Notice sur le professeur Gerdy. (*Ann. méd.-psych.*, 1856, t. II, p. 590.)

(2) Pinel. Notice sur le Dr Sandras. (Séance du 13 octobre 1856. — *Ann. méd.-psych.*, 1857, t. III, p. 267.)

(3) Linas. Notice biographique sur Marcé. (Séance du 31 octobre 1864. — *Ann. méd.-psych.*, 1865, p. V, p. 78.)

(4) Brierre de Boismont, Guillaume Griesinger. Son esprit et ses travaux. (*Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VII, p. 5.)

seau, d'inaugurer la série, et les hommes qu'il eut à louer ne furent certes pas des moins illustres parmi les fondateurs de notre Société. Avec une éloquente sobriété, il retraca successivement la vie de Cerise, le disciple chéri de Buchez, qui employa ses brillantes facultés à la recherche de la difficile conciliation, au point de vue spiritualiste, du physique et du moral de l'homme(1);— celle de Mitivié, l'éminent médecin de la Salpêtrière, qui continuait au milieu de nous la tradition de son oncle, l'illustre Esquirol;— celle de Falret père, qui, par sa parole et par ses écrits, fut un des chefs d'école les plus suivis, les plus appréciés, et qui eut le droit d'être fier de disciples tels que Morel, Claude Bernard, Billod, Lasègue, et le plus chéri de tous, son fils, notre cher et vénéré collègue, M. J. Falret (2).

Aucun de ceux qui eurent la bonne fortune d'assister aux séances solennelles où M. Motet tint sous le charme un auditoire avide de sa parole, n'oubliera ces pages d'histoire, écrites avec le cœur, dans lesquelles il fait revivre la mémoire de savants distingués, de maîtres aimés et respectés. Ceux qui entendirent ces éloges, chefs-d'œuvre de l'art de bien dire, ont voulu les relire, et chaque fois ils sont retombés sous le charme. Pour ma part, j'ai beau comparer entre eux les cinq portraits que notre éminent collègue a gravés de son élégant burin, je ne sais auquel donner la préférence. C'est que, suivant le précepte connu, il sait « varier ses discours », les apprécier au caractère du personnage à peindre; c'est qu'il possède à un haut degré le secret de plaire et de toucher.

(1) Ch. Loiseau. Eloge de Cerise. (Séance du 25 avril 1870.— *Ann. méd.-psych.*, 1870, t. IV, p. 96.)

(2) Ch. Loiseau. Eloges de Mitivié et de Falret. (Séance du 18 décembre 1871.— *Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VII, p. 232.)

Aussi admirons-nous également son éloge de Félix Voisin, le médecin à la fois philosophe et moraliste, dont l'œuvre considérable et trop méconnue peut-être, pourrait se résumer en ces mots : « Emancipation de l'homme par la connaissance et l'application de ses forces » ; — celui de Morel, dont l'œuvre géniale a révolutionné la médecine mentale ; — celui d'Aubanel, qui fut un des bienfaiteurs de notre Société, dont la vie fut une lutte constante en faveur de l'amélioration des aliénés et de leur irresponsabilité ; — de Ferrus, un des promoteurs de la loi du 30 juin 1838, qui eut l'insigne honneur, et aussi la rare ténacité, de la faire appliquer par les administrations départementales, qui refusaient de se plier à la règle commune ; — celui enfin d'Ulysse Trélat, l'observateur perspicace de la folie lucide, que la politique disputa souvent à la science, mais qui retrouva toujours dans la science le remède le meilleur aux déboires de la politique (1).

Cette série, inaugurée par mes deux prédécesseurs, a été continuée, sinon avec un égal talent, du moins avec le même souci pieux de la vérité, avec la constante préoccupation de rendre à chacun ce qui lui est dû, tout en glorifiant son savoir et ses mérites. J'eus ainsi le grand honneur de louer devant vous des collègues tels que Marcé, emporté par un mal cruel au moment où peut-être allait se réaliser son plus cher désir, celui d'inaugurer l'enseignement clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris ; — Renaudin et Billod, qui prouvèrent par leur exemple que les qualités de l'administrateur ne sont pas incompatibles avec celles de l'homme de science ; — Parchappe et Achille Foville,

(1) A. Motet. Notices biographiques (1873-1880). Eloges lus aux séances publiques annuelles de la Société médico-psychologique, 1 vol. in-16. Paris, 1894.

que leurs travaux scientifiques et administratifs appellèrent aux hautes fonctions d'inspecteur général, où ils surent rendre des services signalés à la cause des aliénés ; — le professeur Ch. Lasègue, dont on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, ou de sa grande éloquence, ou de ses éminentes qualités d'observateur ; — Dechambre, le modèle du journaliste probe et consciencieux, qui fut le premier secrétaire général de notre Compagnie ; — Moreau (de Tours), qui attacha son nom à une œuvre durable, la *Psychologie morbide* ; — Baillarger, dont la gloire comme clinicien sage n'a guère été surpassée ; — Cotard, l'ami tant regretté, qui nous a laissé des analyses médico-psychologiques d'une rare pénétration ; — Calmeil, enfin, cette grande figure, le plus illustre représentant de l'école anatomo-pathologique en médecine mentale, dont les travaux marquent une des étapes les plus glorieuses de notre science.

Nous avons le droit de dire, après M. Motet, que cette longue série d'éloges lues devant vous depuis 1870, forme « toute une galerie de portraits que pourront, « avec orgueil, contempler ceux qui nous suivront, « ceux auxquels l'avenir appartient. Nous leur léguons « une tradition d'honneur, ils sauront bien la continuer. « Les exemples que nous avons mis sous leurs yeux les « soutiendront aux périodes difficiles. »

Je n'ai pas tout dit. Parmi ces maîtres illustres, il en est qui, fondateurs de la science, méritent plus que ces hommages privés ; ils ont droit aux honneurs publics : nous avons nommé Pinel et Esquirol, le maître et le disciple. Ce fut le disciple que la « patrie reconnaissante » glorifia d'abord pour ses éclatants services rendus à la pire des infortunes. La statue qui lui fut élevée par le soins de l'Administration dans la cour d'honneur de la Maison de Charenton, fut inaugurée le 22 novembre 1862. La Société médico-psychologique fut repré-

sentée officiellement à cette touchante cérémonie par son vice-président, Delasiauve, qui, en l'absence du président, Adolphe Garnier, prononça un discours qui eut l'assentiment unanime.

Dans son allocution, notre vénéré collègue ne pouvait manquer de rappeler que cette statue élevée à Esquirol devait être le prélude de l'honneur dû à Pinel. Cet honneur, l'illustre réformateur devait l'attendre encore près d'un quart de siècle, et il lui fut rendu par la Société médico-psychologique.

C'est dans la séance du 23 décembre 1877 que Le grand du Saulle prit l'initiative d'une motion ayant pour objet d'élever une statue à Pinel. Cette motion, renvoyée à une commission, fut adoptée, à l'unanimité dans celle du 25 mars 1878 ; la Société émit, en outre, le vœu que la statue fût érigée sur la place publique qui précède l'entrée de l'hospice de la Salpêtrière. Ce vœu fut exaucé, mais sept ans seulement après qu'il eut été émis. Ce ne fut, en effet, que le 13 juillet 1885, qu'eut lieu l'inauguration de ce beau monument élevé au plus illustre de nos ancêtres par la Société médico-psychologique et grâce aux généreuses souscriptions de ses membres.

Le 31 décembre 1890, notre Compagnie perdait son fondateur : Baillarger mourait, âgé de près de quatre-vingt-deux ans, laissant un nom honoré dans la science qu'il enrichit de ses découvertes, estimé de tous ceux qui le connurent pour l'honorabilité de sa vie, lélévation de son caractère, son ardent amour du bien.

Pour honorer la mémoire de ce maître illustre, un de nos collègues les plus sympathiques, M. Ch. Vallon, proposa, à la séance du 23 février, d'ouvrir une souscription pour éléver un buste sur sa tombe. Cette motion, adoptée à l'unanimité, fut soumise à une commission qui, élargissant le projet primitif, demanda que le

buste fût placé à la Salpêtrière, dans les jardins mêmes de cet hospice, où s'était déroulée la plus grande partie de la vie scientifique de Baillarger. Ce vœu reçut pleine satisfaction. La souscription rapidement couverte, le buste du maître aimé put être inauguré, trois ans après, le 7 juillet 1894.

Par un sentiment de profonde piété filiale, notre collègue M. J. Falret venait de faire exécuter le buste de son père pour l'offrir à la Salpêtrière. Il fut élevé à côté de celui de Baillarger, et, grâce à cette heureuse coïncidence, nous pûmes procéder à une double inauguration; rendre, le même jour, un égal hommage d'admiration et de respect à ces deux nobles figures dont la carrière, toute de labeur et de dévouement, restera en exemple aux générations futures.

Je ne relaterai pas ces belles cérémonies où furent inaugurés la statue de Pinel, puis, plus tard, les bustes de Baillarger et de Falret : fêtes de la science et de la bienfaisance, elles sont pour nous des pages glorieuses, selon la parole de leur historien. Pour moi, — permettez-moi de le rappeler en cette solennité et de vous en exprimer mon inaltérable gratitude, — ce sera un des plus grands honneurs de ma vie d'avoir été chargé de prendre la parole, au nom de la Société médico-psychologique, devant une élite de savants, de médecins, d'administrateurs et d'hommes politiques, accourus pour rendre un public hommage à de grands citoyens, « dont « le caractère, la dignité de la vie, les services à l'hu- « manité, à la patrie, venaient, aux acclamations de « tous, recevoir la récompense la plus haute comme la « mieux méritée ».

« Toute la suite des hommes, pendant le cours de « tant de siècles, doit être considérée comme un même « homme qui subsiste toujours et qui apprend conti-

« nuellement. » Cette belle pensée de Pascal, qui s'applique à l'Humanité entière, n'est pas moins applicable à ces petits coins d'humanité que sont les sociétés savantes. Elles, aussi, malgré d'incessants renouvellements que leur inflige l'implacable mort, continuent de subsister, apprenant continuellement et accumulant de nouveaux documents pour les découvertes futures. Ainsi les générations passent, se succèdent les unes aux autres, et la science s'accroît en profondeur et en étendue.

A la fête des Panathénées, les adorateurs de la déesse de l'immortelle sagesse accouraient en foule dans l'antique Athènes pour assister à la course du flambeau. Sur une étendue de plusieurs stades, allant du temple de Prométhée jusqu'aux murs de la ville, des jeunes gens, échelonnés à des distances égales, se passaient, en courant, un flambeau allumé sur l'autel du Titan martyr. Cet épisode de la fête de Minerve, d'un si profond et si magnifique symbolisme, que de fois il fut pour les poètes la source des plus nobles inspirations ! Lucrèce, un des plus grands, y trouva l'image de la vie avec ses incessants renouvellements :

Et quasi cursores vitaī lampada tradunt;

pour d'autres, ce fut comme une claire vision de la filiation des choses, d'où se forme toute la trame de l'histoire.

Nous aussi, nous avons reçu des générations qui nous ont précédés dans cette Société, non seulement la vie, mais tout un riche héritage de traditions et de labours. Le flambeau de la science, pris des mains de nos maîtres et qui nous a éclairés, il est de notre devoir de l'entretenir pieusement, pour le transmettre, brûlant d'un éclat plus vif, à ceux qui nous suivront. Ainsi, seulement, nous aurons vraiment mérité de nos prédécesseurs, et

nous nous montrerons dignes d'être, à notre tour, honorés par nos successeurs.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

BANQUET

Le soir, à huit heures, un banquet réunit au restaurant Marguery 32 convives, au nombre desquels nous avons été heureux de compter 14 membres correspondants, ainsi que 3 des lauréats de la journée : MM. Bernard-Leroy, Castin et Cololian.

À la table d'honneur avaient pris place M. Motet, notre vénéré président ; M. Gilbert Ballet, notre distingué vice-président ; MM. Magnan, Joffroy, Paul Garnier, Moreau (de Tours), anciens présidents de la Société ; MM. Cullerre, Lapointe et Masbrenier, vice-présidents. Les autres membres présents s'étaient placés suivant leurs « affinités électives ».

La plus parfaite cordialité n'a cessé de régner pendant tout le repas. Au dessert, M. Motet, le président, ouvrit la série des toasts par une allocution pleine de charme et d'esprit qu'il termina en buvant à la prospérité de la Société, à tous ses membres, présents et absents, aux lauréats de la journée qu'il a vivement félicités.

M. le secrétaire général donne ensuite lecture des deux télégrammes suivants, parvenus dans la soirée au restaurant Marguery :

« *Porto* (Portugal). — Au Dr Motet. — Nous saluons en vous très chaleureusement tous nos collègues. Le soir, à l'heure de votre banquet, nous fêterons aussi dans un dîner intime le cinquantenaire de notre Société. — De Mattos, Magalhaes, Leucos. »

« *Vienne*. — *Societas medico-psychologica vivat ! floreat ! crescat !* — Dr Pilcz. »

M. Doutrebente porte un toast au président de la

Société, au nom des membres correspondants. Il rappelle non sans émotion que M. Motet fut, il y a plus de trente ans le parrain de sa candidature au titre de membre correspondant ; il est heureux de saisir cette occasion solennelle pour lui en exprimer sa vive reconnaissance.

M. le professeur Joffroy prend la parole au nom de la Société et en sa qualité d'ancien président, pour adresser des remerciements au secrétaire général qui, depuis plusieurs lustres, administre avec tant de zèle et de dévouement les intérêts de notre Compagnie.

M. Ritti exprime à M. Joffroy ses remerciements bien sincères pour les paroles si cordiales qu'il vient de prononcer ; il est heureux de profiter de l'occasion pour unir dans un même toast les anciens présidents présents, avec lesquels il n'a pas cessé d'avoir les relations les meilleures, les plus amicales : M. Motet, le président d'aujourd'hui, qui fut son professeur en secrétariat général et son président, une première fois, en 1884 ; M. Magnan, qui, lui aussi, fut deux fois notre président ; enfin, M. Paul Garnier et M. Moreau (de Tours), qui furent, pendant de nombreuses années, avant leur présidence, ses dévoués collaborateurs au bureau, en qualité de secrétaires des séances.

M. Bernard-Leroy, un des lauréats du prix Aubanel, remercie M. le président des paroles aimables qu'il a dites à l'adresse des jeunes ; enfin M. Dupré, le dernier élu parmi les membres titulaires, demande la parole pour exprimer à ses nouveaux collègues toute sa gratitude.

La soirée s'est terminée en causeries amicales et familiaires, et ce n'est que fort tard qu'on s'est séparé. Tous ceux qui ont assisté à ces agapes confraternelles en conserveront le meilleur, le plus doux souvenir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

**Rivista quindicinale di Psicologia, Psichiatria,
Neuropatologia.**

ANNÉE 1899.

I. — *Un cas de contraste émotionnel*; par le Dr L. Battistelli (numéro de janvier). — L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de douze ans qui, à la suite d'une émotion, fut pris d'accès de rire spasmodique avec modifications du caractère. L'accès de rire survenait constamment à la suite d'une hallucination terrifiante. L'enfant comprenait qu'il aurait dû pleurer, néanmoins le rire se produisait malgré lui. Le malade guérit très simplement, avec la suggestion à l'état de veille et un peu de bromure. L'observation est accompagnée d'une discussion du diagnostic dans laquelle l'auteur, éliminant l'hypothèse de chorée et de maladie des tics, admet un phénomène de contraste émotionnel, obéissant à la loi de Paulhan, et lié à l'hystérie infantile.

II. — *Etude des altérations du noyau bulinaire du facial dans un cas de paralysie périphérique ancienne de ce nerf*; par le Dr B. Vespa. Travail du laboratoire d'anatomie pathologique du manicomie de Rome (professeur C. Mingazzini) (numéro de janvier). — Chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans, atteint de paralysie faciale droite ancienne avec contractions rapides et involontaires à caractère clonique des muscles innervés par le facial, et mort de cachexie, l'autopsie montra des synéchies pachyioméningitiques au niveau de la première circonvolution frontale droite, sans autres lésions centrales.

L'examen comparatif des noyaux du facial droit et du facial gauche fit constater une notable réduction de nombre et de volume, avec altération qualitative, des éléments cellulaires, ainsi qu'une raréfaction du réseau des fibrilles périnucléaires. A la différence du cas de Pardo, dans lequel il n'y avait ni con-

tracture ni spasmes cloniques, les branches ascendante et descendante étaient aussi développées à droite qu'à gauche.

Pour expliquer la contracture et les mouvements associés, il y a deux théories : celle de Hitzig et celle de Remak, Bernhardt et Gowers.

Hitzig admet des contractures par voie réflexe ; la théorie opposée croit à une accumulation de force nerveuse dans les éléments conservés du noyau du facial, et c'est à cette théorie que se rattache Vespa. Il pense que cette théorie explique mieux les mauvais effets observés par tous les électro-thérapeutes à la suite de la faradisation dans les cas de paralysie faciale, qui produirait, ceci sous toutes réserves, une véritable hyperstimulation des éléments cellulaires demeurés sains.

III. — *Recherches expérimentales sur l'écriture des adultes* ; par le Dr D. Zannoni (numéro de février). — Obici avait étudié la physiologie de l'écriture des enfants ; l'auteur a contrôlé ses recherches chez les adultes. Il a fait reproduire par un nombre d'adultes exercés les signes élémentaires constitutifs des caractères écrits : entre autres phénomènes intéressants traduits en de nombreux tableaux il a constaté que les lois d'Obici s'appliquaient aux adultes ; d'où il résulte que les défauts de l'écriture des enfants vont en s'accentuant chez les adultes, ou tout au moins ne se corrigeant pas.

Zannoni a étudié en plus, et cette étude lui est propre, la fatigue et l'action des divers doigts dans l'écriture. Les graphiques lui ont montré que c'est l'index qui travaille le plus, puis le pouce, puis le médius. Chez certains individus, fait curieux, le médius a même une fonction négative. La tonicité tombe pour reparaître quand l'individu cesse d'écrire.

IV. — *Contribution clinique à l'étude des dystrophies musculaires progressives* ; par le Dr G. Gianni (numéro de mars). — Le numéro de mars de la Revue contient l'exposé clinique très complet et très soigné de sept observations de dystrophie musculaire progressive du type Erb.

Les trois premières observations portent sur les deux frères et la sœur. Les sujets des quatrième et cinquième sont aussi frère et sœur, et les deux dernières concernent encore les deux frères. Les conclusions de cet important travail sont publiées dans le numéro d'avril.

L'auteur rattache ces cas de dystrophie à la forme juvénile de Erb, en raison de l'âge auquel a débuté la maladie chez ses sujets, de son caractère familial, de sa marche progressive, de

sa localisation, de l'état des réflexes, de l'absence des contractions fibrillaires. Il insiste sur quelques points intéressants tels que l'étiologie, le mode de début, la localisation initiale, la marche, les contractures et l'état des muscles et des réflexes.

La maladie, quoique familiale, n'est pas d'origine héréditaire ; elle paraît liée à des fatigues extrêmes, et à la misère. Le début ne se fait pas toujours à la racine des membres, comme le veulent la plupart des auteurs ; les douleurs de la période initiale existent souvent aussi ; il y a dans une même famille une préférence marquée du processus pour un côté du corps, le degré de la contracture n'est pas toujours en rapport avec le degré de l'atrophie ; l'évolution est souvent rapide ; le réflexe rotulien est très souvent complètement aboli. Tels sont les principaux faits que mettent en évidence ces observations, ce qui permet à l'auteur de conclure que, si caractéristique que soit un type morbide, il présente assez d'irrégularités pour ne pas être séparé des autres types par des barrières infranchissables.

V. — *Les névrites chez les aliénés. Recherches anatomo-histologiques*, faites au manicomie de Lucques par le professeur A. Cristiani (numéro de mars). — La genèse infectieuse et toxique des maladies mentales est un fait généralement acquis actuellement. Les névrites, d'autre part, sont, d'après la clinique, l'anatomie pathologique et les recherches expérimentales également d'origine infectieuse et toxique. D'où l'idée que les altérations des nerfs périphériques chez les aliénés dépendent des mêmes causes. Aussi l'auteur a-t-il voulu étudier les nerfs périphériques d'aliénés morts de ces maladies mentales, dont l'origine infectieuse et toxique est la mieux établie, et il a choisi deux cas de délire aigu, deux cas de mort en état de mal épileptique, un autre cas de mort par confusion mentale hallucinatoire due à l'empoisonnement par le maïs (typhus pellagreux) et enfin un lypémaniaque stupide mort par épuisement nerveux aigu. Il s'agissait dans tous ces cas de malades jeunes sans maladie physique intercurrente et dont la maladie mentale, peu ancienne, s'était terminée rapidement par la mort.

Après durcissement au Müller et coloration par les méthodes de Weigert, la nigrosine à l'eau au 100^e, le carmin aluné, ont été examinés les nerfs sciatique, médian, cubital, tibial, oculo-moteur commun et grand hypoglosse.

La gaine de myéline a paru diminuée, décolorée, réduite à un mince anneau, à une demi-lune dans les coupes transversales, à des amas, des granulations, et a même disparu entièrement

dans le cas d'intoxication pellagreuse et dans les nerfs sciatique et tibial. Dans ce dernier cas le cylindraxe lui-même avait disparu, et la gaine de Schwann était complètement vide. Le cylindraxe dans les autres cas était déplacé, gonflé ou atrophié, indistinct, déformé, ou à varicosités fusiformes, globulaires, en chapelet.

Les vaisseaux et le tissu conjonctif étaient normaux. Il n'y avait pas trace de prolifération ou d'infiltration nucléaire.

Ces altérations indéniables sont évidemment parenchymateuses et dégénératives, et cette dégénérescence est à la fois primitive, parce que l'agent infectieux ou toxique frappe directement le nerf, et secondaire à des lésions des centres d'origine. L'auteur a déjà montré ces lésions centrales dans un travail que nous avons analysé ici sur *l'Anatomie pathologique du délire aigu*.

La coïncidence des lésions centrales avec les altérations périphériques, qui, toutes graves et diffuses qu'elles sont, passent régulièrement inaperçues, à cause de l'état d'inconscience des malades, tend à faire considérer les psychoses ou tout au moins certaines d'entre elles comme une maladie générale du système nerveux (donnée évidente aujourd'hui pour la paralysie générale) et même de tout l'organisme, suivant le concept généralisateur de Morselli, et corrobore de plus en plus la théorie de leur origine infectieuse et toxique.

VI. — *Contribution à l'étude de la terminaison des psychoses et de l'évolution des délires dans leurs rapports avec les affaiblissements psychiques secondaires*; par les Drs S. de Sanctis et B. Vespa (numéros de mai, juin et juillet). — Ce très important travail occupe les trois fascicules des 1^{er} mai, 1^{er}-15 juin et 1^{er} juillet de la Revue. Il est divisé en trois parties : 1^o Préliminaires et Historique; 2^o Etude clinique; 3^o Conclusions. Il contient trente observations, et se termine par un index complet. C'est le développement d'un premier travail des mêmes auteurs déjà analysé ici avec l'année 1898. Ils se sont proposé d'y résoudre les questions suivantes :

Quelles sont les formes psychopathiques qui se terminent le plus facilement par la démence secondaire? Par quels symptômes une psychose incurable passe-t-elle pour aller à la démence? Quelle influence les diverses psychoses primitives subissent-elles pour effectuer ce passage? Quelle est l'influence de l'âge, du sexe, des dispositions héréditaires, du caractère individuel, celle du milieu, du facteur ethnique et social? Existe-

t-il un type de démence secondaire, ou plutôt y a-t-il autant de types que de psychoses? En fin de compte, doit-on garder en nosographie la démence secondaire, ou la supprimer pour ne décrire que l'évolution des diverses formes psychopathiques?

Mais ils ne présentent leurs résultats que comme limités et provisoires. Il s'agit, disent-ils, d'une simple contribution. Quand les observations cliniques seront en nombre beaucoup plus grand, alors ils pourront hasarder des conclusions précises. Voici en résumé ces conclusions provisoires groupées comme l'ont fait les auteurs eux-mêmes.

Syndromes paranoïques. — 1° Les psychoses à syndrome paranoïque versent facilement dans la démence. Les causes de cette chute rapide sont : a) l'approche de la sénilité physiologique; b) la présence d'hallucinations vivaces et multiples; c) les périodes psychonévrotiques ou confusionnelles par lesquelles débute ou se poursuit la forme morbide;

2° Les signes révélateurs de l'affaiblissement intellectuel qui présentent quelque importance sont l'apparition des idées hypochondriaques, la diminution d'intensité des hallucinations sensorielles, et des idées délirantes, la tendance de l'humeur à devenir indifférente.

Syndromes psycho-dégénératifs. — Les auteurs constatent la résistance à la démence bien connue dans beaucoup de cas de cet ordre. Quant aux symptômes qui l'annoncent, quand ils existent, ce sont à peu près les mêmes que pour les syndromes précédents.

Syndromes alcooliques. — Les signes de démence commençante ont été la diminution de l'agitation et des hallucinations et des idées délirantes.

Syndromes mélancoliques. — Ici c'est le développement des troubles hypochondriaques, les monologues, la stéréotypisation de la tristesse, le klepto-collectionnisme qui ont été les indices révélateurs de la déchéance psychique.

Syndromes confusionnels. — Les indices ont été la diminution des hallucinations des sens avec persistance des hallucinations de la sensibilité générale, la diminution de l'agitation, la stéréotypisation des actes incohérents propres aux états confusionnels.

Le gâtisme n'a pas dans ces cas la même valeur que dans les autres syndromes.

Les auteurs ajoutent quelques considérations sur les difficultés du diagnostic différentiel entre les états confusionnels.

et les états démentiels dans lesquels persistent des signes de confusion, et terminent en affirmant l'existence nosographique des démences secondaires ou plutôt, selon leur expression, des états d'affaiblissement (*stati d'indel bolimento*) démentiels secondaires ou terminaux.

VII. — *Effets différents de la section et de l'irritation du sympathique cervical sur les cellules du cortex*; par le Dr C. Ferrarini (numéro de juin). — L'auteur a repris les expériences de Cristiani; mais, pour les mettre hors de conteste, il a eu l'idée de pratiquer chez le lapin la section d'un des sympathiques et la ligature de l'autre. Il a observé que du côté de la section les lésions des cellules corticales, observées par la méthode de Nissl, étaient beaucoup plus accentuées que du côté de la ligature. Il explique ces différences par l'action de l'hyperémie par vaso-paralysie d'un côté, et de l'ischémie par vasospasme de l'autre. La vaso-paralysie serait donc très délétère pour les cellules du cortex, ce qui condamnerait la section du nerf dans un but thérapeutique.

VIII. — *Contribution clinique à l'étude de la mimique émotive et du langage des gestes dans la folie*; par le Dr N. Majano (numéro de juillet-août). — Il s'agit ici d'un cas dans lequel l'auteur a pu observer les déviations du rapport normal entre la physionomie et la mimique émotive d'une part et les modifications des sentiments et de l'activité intellectuelle d'autre part (*dismimie*, de Morselli), ainsi que les altérations du langage des gestes, qui peuvent se rattacher au groupe appelé par Morselli: *parasemie*. Le sujet, un dégénéré alcoolique à antécédents héréditaires très chargés et à stigmates physiques, psychiques et moraux, s'est créé tout un langage de gestes en rapport avec des phrases répondant à ses préoccupations. L'auteur met en relief ce fait que, dans les altérations de la mimique en rapport avec des états émotifs intérieurs, se reproduisent des mouvements qui rappellent les expressions mimiques des enfants, des sauvages, des singes anthropomorphes; de plus, dans le cas actuel, le développement de ces mouvements, qui consistent surtout en geste de refus, paraît avoir enlevé au malade la notion du signe négatif usuel, par voie de substitution.

Les gestes adoptés par le malade comme équivalent de phrases ou d'idées délirantes ne sont pas absolument nouveaux; ce sont des déformations plus ou moins complètes des signes communs. Cela confirme le fait observé dans le langage parlé

de la rareté des véritables néologismes qui semblent dépendre plus de conditions anatomiques et physiologiques que de la conscience et de la volonté. Les gestes du malade prennent aussi un sens étendu ; un seul geste traduit tout un groupe d'idées, comme il arrive souvent dans le langage parlé des délirants pour un seul mot (symbolisme verbal). L'auteur a pu noter dans les gestes des hyperboles, des métaphores, des métonymies, des synecdoques, grâce à une analyse très délicate et très ingénieuse.

L'adoption du langage des gestes résulte chez le malade d'une tendance au mysticisme et d'un goût spécial qu'il a eu toute sa vie pour les choses mystérieuses, le magnétisme notamment, goût qui trahit sa dégénérescence. Il se sert de préférence de la main gauche, bien qu'il ne soit pas gaucher, mais parce qu'à l'asile tout doit être renversé, et qu'il serait dangereux de s'y servir de la main droite.

L'auteur, sur ce seul cas, n'ose pas se permettre d'autres considérations ni trancher la question de l'origine des expressions mimiques.

IX. — *Lésions cérébelleuses consécutives à la décérébration*; par le Dr U. Alessi (numéro de juillet-août). — Ayant eu l'occasion d'enlever le cortex de six pigeons, toutes précautions antiseptiques prises, et quatre de ces animaux ayant survécu deux mois et été sacrifiés sans lésion morbide aucune, l'auteur en a fait l'autopsie, constaté les faits et l'absence de pus dans le cerveau, puis il a examiné le cervelet après durcissement au Müller, par les méthodes du carmin aluné, de Marchi et de Golgi. Il a constaté l'altération étendue des cellules de Purkinje et les lésions des fibres de projection et des fibres tangentielles ; le procédé de Marchi lui a permis de constater d'une façon évidente l'altération des fibres de projection en rapport avec le cortex (varicosités en chapelet, ruptures dans le trajet), ce qui l'autorise à conclure à une relation anatomique entre le cortex et le cervelet et confirme les prévisions de Luciani et les études de Cristiani sur ce sujet.

X. — *Rapports de la folie morale avec l'épilepsie*; par le Dr G. Gianni (numéro de septembre). — D'une observation d'un enfant de quatorze ans, accusé de vol et soumis à un examen médico-légal, qui présentait de très nombreuses tares morales avec une épilepsie caractérisée, d'origine hérédo-syphilitique peut-être, observation comparée à celle de deux autres jeunes sujets : l'un, fou moral avec hysterie ; l'autre, fou moral

sans aucun accident épileptique, l'auteur conclut que la folie morale n'est pas toujours étroitement liée avec la grande névrose. L'observation est suivie de considérations historiques sur l'état de la question ainsi que d'une étude, également historique, des rapports entre les lésions morales et les lésions intellectuelles. Très bonne bibliographie en fin d'article.

XI. — *Recherches anatomo-histologiques sur le cerveau d'une aliénée suicide*; par le Dr G. Paoli (numéro de septembre). — Ces recherches ont porté sur le cerveau d'une aliénée, atteinte de psychose aiguë et morte très rapidement par pendaison. Cette femme, bien portante jusqu'à sa cinquantième année, fut prise en juin de troubles mélancoliques et d'un délire d'indignité et de possession qui nécessita son internement en juillet. A l'asile elle parut s'améliorer, mais elle dissimulait en réalité son état, et, grâce à cette dissimulation, elle parvint à déjouer la surveillance et réussit à se pendre en octobre. Autopsie quarante-huit heures après la mort ; mais le temps étant froid, le cadavre s'était bien conservé et le cerveau avait sa consistance normale.

A un faible grossissement, on observe dans le lobe frontal une forte stase de tous les vaisseaux, dépendant du mode de suicide du sujet ; dans le tiers périphérique de la substance grise (couche moléculaire et couche des petites cellules pyramidales), le cortex prend l'aspect d'un large réseau formé par de nombreuses et grandes lacunes de forme arrondie ou plus ou moins ovale dans chacune desquelles se voit un point plus coloré qui a l'apparence d'un noyau. Ce tiers superficiel de la substance grise se colore moins bien que les deux autres tiers.

Le fort grossissement (ocul. 4, obj. 8 Koristka) montre que c'est bien d'un noyau qu'il s'agit ; le nucléole a disparu et le protoplasma est réduit à un peu de substance informe. D'autres lacunes ne contiennent qu'un amas de granulations. Il est évident que toutes les cellules de la couche des petites pyramidales et de la couche moléculaire ont presque disparu. Il n'y a pas trace de dilatation périvasculaire ni péricellulaire autour des cellules conservées ; donc les lacunes ne sont pas des espaces péricellulaires dilatés. D'ailleurs, l'infiltration lymphatique manque totalement ; il n'y a pas d'inflammation en jeu, seulement on observe de petites hémorragies capillaires dans tout le cerveau. La méthode de Weigert montre la disparition presque complète des fibres nerveuses dans les deux couches lésées. Ces lésions contrastent avec l'aspect normal des couches

profondes du cortex et elles sont généralisées à tout le cerveau, tant à l'hémisphère droit qu'à l'hémisphère gauche.

Etant donné le genre de mort de la malade et l'absence de toute maladie concomitante, les lésions observées semblent bien ne pouvoir être rapportées qu'à la psychose elle-même, et l'étude de ce cas paraît à l'auteur avoir la valeur d'une véritable expérience de laboratoire.

Avec le numéro de septembre se termine la revue, qui a cessé de paraître sous la même forme.

TH. TATY.

BIBLIOGRAPHIE

Profilaxia de la locura (Prophylaxie de la folie);
par le Dr J. Hualde. Broch. in-8°, Buenos-Ayres, 1899.

Cet ouvrage est une thèse inaugurale présentée devant la Faculté des sciences médicales de Buenos-Ayres ; il se compose de trois chapitres. Le premier traite de l'hérédité, discute ce facteur étiologique, en examine les lois. « L'hérédité reproduit chez le descendant les tissus et organes des géniteurs et, comme corollaire, les fonctions physiologiques de ceux-ci ; elle transmet, en outre, les caractères somatiques, moraux et intellectuels... C'est une loi invariable ; seuls, ses effets peuvent subir des modifications ; ainsi s'explique l'atavisme. » Il suffit, pour comprendre ces modifications, de songer à la multiplicité des causes qui influent sur l'organisme paternel entre le jour où naît chez lui la cellule reproductrice et celui où elle est projetée sur l'ovule, — de penser un instant aux faits analogues, susceptibles de modifier l'organisme maternel depuis l'apparition de l'ovule jusqu'au moment de la délivrance. Il faut tenir compte également des variations individuelles dues au milieu, à l'éducation, au climat, à certains accidents, certaines habitudes, etc. Ces particularités sont justement celles qui se transmettent le moins par l'hérédité, en ce qu'elles ne sont pas fondamentales. C'est par là que l'homme actuel diffère surtout de l'homme primitif : l'un et l'autre n'en sont pas moins des hommes par leurs organes et leurs conditions essentielles. La théorie de Darwin est donc inacceptable en ce qu'elle donne le pas au transformisme sur l'hérédité. Certaines particularités acquises deviennent héréditaires, cependant : celles, entre autres, qui se perpétuent volontairement à travers un certain nombre de générations sous le résultat de conditions biologiques, par exemple ; encore faut-il qu'une sorte d'entretien, d'effort continu, préside à leur manifestation, pour en assurer la durée.

Si donc l'hérédité reproduit chez le rejeton les tissus et les organes des créateurs, il est naturel d'admettre que par ces

mêmes éléments le nouveau venu ressemblera à ses parents ; en d'autres termes, si tissus et organes sont anormaux chez les uns, ils le seront au même titre chez l'autre : c'est là ce qui constitue la prédisposition. Deux questions se posent : 1^o L'hérédité transmet-elle, toujours et fatalement, la prédisposition à la folie et aux névroses ? 2^o La folie et la névrose sont-elles, toujours et fatalement, les résultats de l'hérédité ? Dans l'un et l'autre cas, l'auteur répond énergiquement : Non. Par l'hygiène, l'éducation, les bonnes mœurs, etc., il peut se produire, en effet, une sorte de régénération de l'individu qui échappe alors totalement au danger héréditaire, grâce à cette espèce de contre-poids artificiel ; d'autre part, nous savons que les tares physiques, les malformations accompagnent souvent la folie, les névroses : or, elles sont dues bien souvent à des accidents survenus à l'embryon, soit chez le père, soit chez la mère, au moment du coït, soit encore chez la dernière durant la phase gestatoire.

La troisième partie du chapitre I est consacrée à la « famille névropathique » qui englobe les psychopathies et les névroses ; c'est l'ensemble des perturbations psychiques, sensorielles ou motrices issues du transformisme héréditaire. Chaque membre de cette famille, s'il est fécond, peut enfanter les autres types ; heureusement, la stérilité ne tarde pas à survenir, presque toujours à la quatrième génération (Morel). La plupart des affections mentales relèvent de l'hérédité, en particulier les vésanies ; et, s'il est des cas où cette cause prédisposante n'intervient pas, ils sont des plus rares : à peine un dixième, d'après Marcé ; il est vrai, aussi, que les renseignements sont très difficiles à obtenir, parfois, ou manquent totalement. Il peut advenir encore que ce facteur primordial soit masqué par des influences secondaires dont le rôle est plus apparent que réel et, en tout cas, purement occasionnel. Les délires par infection, éthylique ou trauma n'éclosent guère que sur un terrain préparé ; on peut en dire autant des troubles motivés par la passion (amour, ambition, colère) ou telle autre cause morale (peur, chagrin, surprise, etc.).

Quoi qu'en disent certains psychologues, le vice, le crime et la folie ne sauraient avoir, pour l'auteur, aucun lien de parenté : ce serait nier le pouvoir de l'éducation aussi bien que le libre arbitre. Parfois, cependant, des relations existent entre le crime et la folie : un aliéné peut commettre un forfait ; de même un hystérique, un comitial, un dément... Autant de cas où interviennent de façon insuffisante, sinon toujours égale, l'in-

telligence, la volonté, la raison. Mais, si ces facultés peuvent, même chez certains déshérités, briller de quelque lueur, s'ensuit-il que le génie doive être assimilé à la folie, parce que certains illustres furent affligés de névroses ou de psychopathies, parce que tels d'entre eux descendaient de parents aliénés? La négative s'impose. La névrose — dont le génie n'est qu'une modalité, pour Moreau (de Tours) — est une maladie, c'est-à-dire une déchéance; le génie, tout au contraire, est un épousissement, une ascension vers la lumière.

Le chapitre II développe et sanctionne le précédent. L'hérédité, avons-nous vu, n'est pas constamment fatale; elle ne le devient que par accumulation; or, c'est une tendance remarquée, dès longtemps, chez les aliénés, que de s'unir entre eux. La prédisposition ainsi créée l'emporte de beaucoup en valeur efficiente sur l'étiologie banale, si bien que Trélat pouvait dire avec raison que « la prédisposition est la cause des causes ». Nous ne possédons malheureusement aucun moyen de prévenir ou même de neutraliser ce grave pathogénétique. Les saines distractions, les bons conseils, l'éducation, l'hygiène sous toutes ses formes, les mariages régénérateurs sont autant de palliatifs insuffisants et d'une régularisation difficile; ils ne sauraient amener que des résultats à peu près nuls. Une seule méthode, à la fois licite et humanitaire, serait capable d'arrêter le flot montant de l'aliénation mentale : l'agénésie par suppression de la puissance reproductrice des malades.

Quels sont les cas où semblable intervention serait légitime? Dans l'impossibilité où se trouve la science de connaître d'une manière absolue *toutes* les affections ayant des affinités avec la folie, il conviendrait de n'agir que sur les sujets seuls susceptibles par leurs antécédents avérés de mettre au monde une progéniture mentalement défectueuse. — Quel procédé employer? Chez l'homme, la résection du canal déférent; chez la femme, la destruction de la muqueuse utérine par des bâtonnets de chlorure de zinc. — A quel moment intervenir? A tout instant quelconque, propice au secret de l'opération, celle-ci devant être ignorée du sujet, afin de lui éviter des préoccupations et des tracas inutiles, sinon nuisibles; on profitera donc d'un accès délirant ou encore d'une intervention chirurgicale éventuelle : métrite, hernie, etc. Suivent douze objections possibles que discute et détruit successivement M. Hualde.

Le chapitre III détermine les circonstances dans lesquelles

le médecin peut, en toute conscience, procéder à la castration. Deux fiancés étant donnés, si l'on ignore leurs antécédents exacts, si l'on ne peut se livrer, en ce qui les concerne, à une observation directe, s'abstenir. Si, dans la famille des futurs, il n'existe point trace de maladies nerveuses, si eux-mêmes, bien qu'ayant éprouvé des troubles aigus de l'intelligence, possèdent un caractère exempt d'extravagance ou d'instabilité maladive, en même temps qu'une solide moralité, il n'y a pas lieu d'anéantir leurs facultés génératives. Si l'un des intéressés compte des descendants névropathes et l'autre provient d'une souche saine, passer outre, les conditions paraissant plutôt favorables à une régénération de la lignée; mais, si, des deux côtés de l'un et l'autre conjoints, on trouve des apoplectiques, des comitiaux, des maniaques, etc., aucun doute ne peut s'élever dans l'esprit du médecin qui interviendra, dès lors, sans hésitation.

Suivent les indications nécessaires en vue du manuel opéra-toire dans chaque sexe.

E. NICOLAU.

Contributo alla conoscenza delle sclerosi cerebrali infantili
(Contribution à l'étude des scléroses cérébrales infantiles);
par le Dr Sante de Sanctis.—Extrait du *Bulletin de l'Academie royale de médecine de Rome*, année XXVI, fasc. VII,
in-8°, 31 pages, avec une planche. — Rome, Fratelli Centenari, 1900.

M. de Sanctis a eu l'occasion d'examiner le cerveau d'un enfant à petite tête et à corps très peu développé, mort de marasme à deux mois. A l'autopsie, on trouva de la micrencephalie avec dilatation relativement énorme des ventricules qui contenaient un liquide citrin abondant. Les hémisphères cérébraux étaient réduits à une lame dont l'épaisseur variait suivant les points de 1 à 2 1/2 millimètres, le maximum d'épaisseur se trouvant à l'extrémité frontale. C'était un cas d'*hydromicrocéphalie*, affection décrite pour la première fois par Cruveilhier sous le nom d'*anencéphalie hydrocéphalique*, et observé depuis par Klebs, Virchow, Flesch, etc. La surface des hémisphères cérébraux était lisse ; elle présentait seulement une espèce de fissure correspondant au sillon de Rolando, et une fossette correspondant à la scissure de Sylvius. De-ci, de-

là, se montraient quelques sillons ne répondant pas aux sillons du cerveau normal. A la coupe, on ne distinguait presque pas la limite entre les substances grise et blanche. Aussi l'auteur a-t-il divisé pour la commodité de sa description l'organe en trois parties : antérieure ou frontale, médiane ou pariéto-temporale et postérieure ou occipitale, sans tenir compte des divisions accoutumées en lobes, lobules et circonvolutions.

Il faudrait traduire presque textuellement cet excellent et méticuleux travail pour donner une juste idée du soin et de la méthode avec lesquels a été pratiquée l'étude microscopique de ce cas très intéressant, l'auteur ayant déjà réduit sa description aux détails strictement nécessaires et se proposant de la reprendre en détail dans un travail ultérieur.

Le durcissement de la pièce a été fait, partie au liquide de Müller, partie au formol ; les inclusions, tantôt à la celloïdine, tantôt à la paraffine ; les colorations employées ont été celles de Weigert-Pal, Nissl, Bevan-Lewis (à la nigrosine, pour mettre en évidence les éléments névrogliques), Van Giesen, thionine, rouge de Magenta, hématoxyline-éosine, vert de méthyle, bleu de méthylène, etc.

Les coupes, d'une largeur totale de 1 à 2 mill. 1/2, comme nous l'avons dit, comprennent la pie-mère, le cortex, la substance blanche et l'épendyme ventriculaire. La pie-mère est épaisse et riche en vaisseaux ; il y a de petits tractus qui la font adhérer à la substance nerveuse sous-jacente. Ni le cortex ni la substance blanche ne contiennent de fibres colorées par l'hématoxyline ; cependant, dans la partie qui correspondrait à la zone orbitaire du lobe frontal, la myélinisation est nettement commencée dans la substance blanche. Au-dessous de cette dernière existe une fine couche de tissu plus compact, bordé lui-même par une couronne de cellules épithéliales bien alignées et normales (épendyme).

Avec un très fort grossissement, on constate un fait curieux : dans tout le cortex, et surtout dans sa partie extérieure, se montrent des fibres très fines colorées par l'hématoxyline qu'il est facile de reconnaître, à cause de leur volume, et de leur topographie, pour des fibrilles de névrogliie. L'hématoxyline a coloré aussi partout les prolongements des cellules épithéliales du revêtement ventriculaire. Le cortex et la substance blanche sont plus ou moins riches en éléments ronds, de volume égal, disposés tantôt en groupes, tantôt en couches.

C'est la coloration au vert de méthylène qui met en évidence le

fait le plus intéressant. Dans la partie antérieure et médiane de chacun des deux hémisphères le cortex présente dans ses couches médiane et profonde de singulières raréfactions : ce sont de petites zones tantôt très séparées entre elles, tantôt groupées en foyer, ou confluentes, à l'intérieur desquelles le tissu est raréfié et moins coloré. Chaque zone est surmontée d'un faisceau de fines fibrilles disposées en demi-cercle. L'ensemble forme une strie plus claire, plongée dans un tissu compact, et riches en éléments ronds ; au-dessous d'elle, est ce qui peut s'appeler la substance blanche, contenant aussi, mais en moins grand nombre, des éléments ronds. En dehors des zones de raréfaction se voient des éléments à protoplasma abondant, à gros noyau et de forme variée (globuleux, piriforme, polygonaux), qui se différencient suffisamment des noyaux névrogliques. La thionine fait voir d'autres cellules beaucoup plus petites que les cellules du nouveau-né normal à protoplasma décoloré, à noyau se colorant bien et sans nucléole visible ; ces éléments sont piriformes, parfois triangulaires, allongés ou globulaires. Tous ces éléments sont disposés sans ordre, et ne forment pas de couches. La névrogliie est abondante. Il n'y a pas de leucocytes. En résumé, on observe des noyaux de névrogliie, des cellules granuleuses (cellule de Leyden ou de Friedmann), des cellules nerveuses du type embryonnaire, et d'autres éléments sur la nature desquels l'auteur ne peut se prononcer.

Quant aux fibres, il y a absence totale des fibres nerveuses myéliniques du cortex, développement très insuffisant de ces mêmes fibres dans la substance blanche, et au contraire de nombreuses fibres de névrogliie bien colorées dans tout le manteau. Elles forment ça et là des faisceaux dans la couche externe et parallèlement à la superficie ou de petites houppes correspondant aux synéchies avec la pie-mère ; enfin elles se groupent en demi-cercle au-dessus des zones de raréfaction.

Ces altérations peuvent faire conclure soit : 1^o à un processus de leptoméningite et de méningo-encéphalite chronique sur la nature desquelles on n'est pas autorisé à se prononcer, mais qui ne présente pas de caractères certains de leptoméningite syphilitique ; 2^o à une atrophie des éléments nerveux avec arrêt de développement des fibres myéliniques ; 3^o à une hyperplasie des cellules et des fibres névrogliques.

Il s'agit indubitablement d'une forme de sclérose et en tenant compte de ces faits que les cellules nerveuses, tout en étant

altérées, montrent très nettement un arrêt de développement, et que les cellules épithéliales avaient un caractère foetal, que, par suite, la gliose était secondaire, on peut dire que dans ce cas il s'agit d'une sclérose non inflammatoire (ou tout au plus *mixte*, selon la classification de Chaslin), secondaire à un arrêt de développement des éléments nerveux spécifiques. Et le diagnostic histologique ainsi posé est corroboré par le développement peu avancé de la myélinisation qui dénote ainsi l'arrêt de développement.

C'est en s'appuyant sur l'état de la question actuelle du caractère des cellules nerveuses chez l'enfant et de la myélinisation, de la forme des éléments cellulaires dans le neurogliome que M. de Sanctis établit son diagnostic, et la fin de ce travail si complet est à consulter sur tous ces points. Quatre figures réunies en une belle planche font la preuve des assertions de l'auteur.

TH. TATY.

Dimissioni precoci di alienati (La libération précoce des aliénés) ; par le D^r G. Tonoli. — Reggio-Emilia, 1899.

Les asiles vont s'encombrant de plus en plus ; les raisons en sont multiples. En Italie, par exemple, on relève parmi les plus apparentes : la facilité que trouvent les communes, — exemptes ainsi de toute dépense ultérieure, — à faire séquestrer de pauvres gens à leur charge, dont l'état mental ne justifierait pas rigoureusement la séquestration ; le défaut d'établissements spéciaux pour les déments tranquilles, les pellagreux, les névropathes ; l'amélioration des conditions hygiéniques dans lesquelles s'ouvrent les nouveaux asiles qui, diminuant d'année en année le nombre des décès, grossit par cela même le *caput mortuum* constitué par les déments, les séniles et les chroniques. Telles sont les causes habituellement invoquées ; mais, il en est une autre, beaucoup trop négligée malgré son importance : c'est le nombre relativement faible des sorties, — cette rareté tenant, d'une part au chiffre toujours plus élevé des admissions à fond dégénératif, de l'autre au faible contingent des médecins aliénistes en face d'un pareil accroissement de la population traitée ; n'ayant pas un temps suffisant pour étudier avec soin chacun de leurs sujets, ils hésitent à prononcer des sorties dont la mauvaise issue pourrait engager leur responsabilité.

Ces tentatives de libération anticipée seraient utiles cependant, tant à l'asile qu'au malade lui-même. Si, au commencement du siècle dernier, les phréniatres étaient unanimes à considérer la séquestration et le maintien dans l'isolement comme les conditions les meilleures pour le traitement de la folie, une réaction s'est produite depuis quelques années, qui, dépassant le but, elle aussi, voudrait voir disparaître totalement ou à peu près le manicomie moderne, « cette fabrique d'incurables ».

Éloigné de semblables exagérations, l'auteur estime que la réclusion peut être utile aux malades, mais dans les premiers stades seulement de leur affection ; un séjour trop prolongé ne saurait que leur devenir nuisible, en les acheminant vers la chronicité. Quant aux formes mentales qu'il convient de libérer hâtivement, c'est aux suivantes que le médecin donna la préférence au cours de l'année 1898, dans son service de Brescia : Excitation maniaque légère à manifestations flottantes ou périodiques ; folie circulaire à la période dépressive ; délire sensoriel ; troubles hallucinatoires en relation avec des sentiments familiaux (mère entendant crier son enfant malade, etc.) ; amentia (confusion mentale). Les femmes ainsi libérées étaient au nombre de quatre-vingt-neuf, dont soixante-quatre seulement améliorées ; l'expérience, en général, a donné des résultats satisfaisants : « d'où l'on peut conclure que, grâce aux libérations précoces, les malades améliorés guérissent, les stationnaires et ceux profondément atteints s'améliorent ; ce qui confirme l'opinion de Rothe qui, dès 1892, et d'après son expérience propre, estimait le traitement familial un complément précieux de la séquestration dans les asiles. »

E. NICOLAU.

Igiene della pazzia (Hygiène de la folie). Conférence faite à la Société italienne d'hygiène, le 11 février 1900, par le Dr Antonini, directeur de l'asile de Pavia in Voghiera.

« Ce titre peut sembler étrange... *Hygiène d'une maladie* est une forme de langage non encore rencontrée dans la terminologie médicale ; et cependant, elle enferme en soi toute l'immense nomenclature des moyens prophylactiquement disponibles contre les maladies de l'intelligence... » L'hygiène de la folie, en particulier, comprend « les règles aptes à conserver entre des bornes tolérables pour le monde, l'aliéné constitutionnel ou

avéré qui n'a pas encore franchi le seuil d'un manicomie ou consulté un spécialiste, — les précautions susceptibles d'épargner une rechute à ceux qui sortent guéris ou améliorés d'un asile, et de les maintenir dans la société, — les institutions, les progrès de la technique manicomiale propres à retenir le malade sur la pente d'une démence complète..... » De là, trois divisions naturelles dans cette conférence : 1^o hygiène des candidats à la folie ; — 2^o réintégration des facultés perdues et reprise, dans des conditions faciles, de la vie active ; — 3^o adaptation du milieu hospitalier, en vue des cas désormais sans espoir. L'auteur cite des exemples à l'appui de chacune de ces catégories. Dans la première, figurent des déséquilibrés, des arriérés, qu'il faut suivre avec sollicitude et traiter, à tout moment de leur existence, aussi bien à l'école que plus tard, de façon autre qu'on n'en use avec leurs camarades valides, les surveillant, les guidant, les protégeant et leur épargnant toute cause de troubles ou de peines ; de telle sorte que, non seulement la séquestration leur soit évitée, mais encore qu'ils puissent rendre à leur ambiance et à son profit tous les services que leur permettront leurs aptitudes. De même, des soins préventifs appropriés entoureront les pellagreux..., etc. Le deuxième point, relatif aux malades issus d'un asile dans des conditions normales, traite d'un moyen par excellence comme prophylactique des rechutes, à savoir le patronage. Le troisième, consacré aux aliénés chroniques internés, préconise, en leur faveur, le travail sous toutes les formes : il est non seulement bienfaisant par ses résultats physiques, mais encore pour l'esprit du malade à qui il rend sa dignité d'homme, procure de la distraction, et inspire, avec une émulation de bon aloi, le sentiment de son utilité.

E. NICOUAU.

Second annual report of the managers of the Manhattan State hospital, at New-York, to the State commission on Lunacy for the year ending september 30, 1897 (Second rapport annuel des directeurs de *Manhattan State Hospital*, New-York, pour l'année finissant le 30 septembre 1897). Broch. in-8°, New-York, 1898.

Dans une précédente analyse nous avons fait connaître l'origine de l'hôpital d'État de Manhattan pour les aliénés de la ville de New-York. Il résulte de la fusion, dans une adminis-

tration commune, sous le contrôle de l'État, de tous les établissements qui recevaient les aliénés de la grande cité.

Au 30 septembre 1897, la population de l'hôpital répartie entre quatre groupes de constructions, s'élevait à 6.948 aliénés.

Le rapport actuel s'étend surtout sur les défectuosités de tout genre à corriger et sur les améliorations et les constructions nécessaires. Une volumineuse correspondance à ce sujet entre les différentes autorités de l'institution est rapportée tout au long.

Parmi les nombreux tableaux statistiques qui terminent ce rapport, il en est un qui a attiré notre attention : c'est celui qui fait connaître l'origine des aliénés admis. On y voit que sur 1.537 aliénés entrés en 1896-1897, 530 seulement sont nés aux États-Unis ; les 1.007 autres étaient de naissance étrangère, 356 étaient nés en Irlande, 228 en Allemagne, 114 en Russie, 55 en Italie, 54 en Angleterre, 42 en Autriche, 20 en France, etc. D'ailleurs, depuis 1888, sur 14.142 admissions, plus de 80 p. 100 proviennent d'individus dont le père et la mère étaient de naissance étrangère. Ces données statistiques ne jettent-elles pas un jour tout particulier sur l'état mental des émigrants, ou plutôt sur la catégorie d'individus qui émigrent ? Mais pour que nous puissions toutefois tirer quelques conclusions de cette statistique, il faudrait, ce que nous ignorons, connaître pour quelle proportion entrent les immigrés dans la population de la ville de New-York.

A. CULLERRE.

I. — *Third annual report of the board of managers of the second hospital for the insane of the State of Maryland, « Springfield » Sykesville, etc.* (Troisième rapport annuel des administrateurs du second hôpital d'aliénés de l'Etat de Maryland à « Springfield », Sykesville, etc.). Baltimore, 1898.

II. — *The second hospital for the insane of the State of Maryland* (Le second hôpital d'aliénés de l'Etat de Maryland) ; par Georges-H. Rohé, directeur-médecin. Broch. in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1898.

I. — Cet établissement en construction et dont la population ne s'élevait au 30 septembre 1898 qu'à 179 hommes, sera composé, après son achèvement, d'un certain nombre de bâti-

ments disséminés par groupes de quatre pavillons, dans un immense parc arrosé d'un cours d'eau et agrémenté d'un lac de quinze acres d'étendue. Chaque groupe formera un petit établissement complet, comportant ses services généraux. Aucune clôture n'est prévue et le système de l'Open-door y fleurira, — que dis-je, y fleurit déjà dans toute sa rigueur. Voici en effet comment s'exprime le rapport que nous analysons : « Beaucoup de fonctionnaires des autres Etats qui ont visité les bâtiments en construction et qui en ont étudié les plans, ont exprimé des doutes sur la possibilité de traiter toutes les catégories d'aliénés dans les conditions de presque absolue liberté prévues par nous. Si nous eussions pu avoir des doutes à ce sujet, ils ont complètement disparu à la suite de l'expérience des sept derniers mois. Je félicite le bureau des administrateurs d'avoir donné au peuple de l'Etat de Maryland le plus parfait et le plus solide exemple d'un hôpital d'aliénés à portes ouvertes qui soit au monde. Dans les cottages, pas une porte n'est fermée, excepté celle de la lingerie (oh ! pourquoi ?), et les portes donnant sur les escaliers destinés à la fuite en cas d'incendie. Ces portes d'entrée et de sortie sont ouvertes jour et nuit. Les tentatives d'évasion ne sont pas rares de la part des entrants, mais l'absence de fermetures semble produire rapidement un effet favorable sur leur esprit. Pendant l'année écoulée, six malades seulement se sont évadés et cinq d'entre eux ont été réintégrés au bout de quelques heures. L'expérience a démontré que les préaux et les dortoirs à portes ouvertes, regardés par les administrateurs d'autres établissements comme incompatibles avec le traitement des cas aigus d'aliénation, des agités et des impulsifs, s'adaptent au contraire spécialement à ce genre de malades. Les surveillants de nuit ont remarqué que les aliénés insomnes et bruyants dorment beaucoup mieux dans les salles ouvertes que dans les cellules. »

Le robuste optimisme de ce passage déconcertera un peu les sceptiques, tout en réjouissant les partisans de l'Open-door les plus intransigeants.

II. — Cette notice du Dr Rohé, qui a paru en 1898 dans *American journal of insanity*, donne l'historique de la fondation et la description avec plans du nouvel établissement. Ce qui le distingue des établissements similaires c'est, comme nous l'avons dit précédemment, le groupement par trois des pavillons de malades avec un quatrième pavillon comprenant des services généraux spéciaux (cuisine, bains, parloir, logement du per-

sonnel, etc.). Il y a deux groupes de ce genre pour chaque sexe, plus un groupe pour les épileptiques et un groupe comprenant les quartiers de traitement et les infirmeries, soit au total six petits asiles dont l'ensemble forme le grand. Chaque service de malades est relié par le téléphone au bureau du surveillant du groupe, qui lui-même est relié au cabinet du directeur.

M. Rohé se félicite lui aussi de l'application intégrale de l'Open-door. Il est tout à fait opposé aux chambres d'isolement et partage sur ces deux points la manière de voir des administrateurs.

A. CULLERRE.

Sopra un caso di acromegalia parziale (Sur un cas d'acromégalie partielle); par les Drs Marzocchi et Antonini, de Bergame. Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*. Janvier 1897.

Les auteurs rapportent le cas curieux d'une jeune fille de quatorze ans, bien constituée d'autre part, qui présente un développement anormal congénital des pieds et des mains, développement portant, aux mains, sur certains doigts seulement, à la main droite sur le médius et l'annulaire, à la main gauche sur les quatre derniers doigts, aux pieds sur toute la longueur, le calcaneum excepté. Les trois premiers orteils du pied droit sont énormes, ainsi que le deuxième, le troisième et le quatrième orteils du pied gauche. L'observation est accompagnée d'une photographie.

D'une minutieuse discussion sur l'origine de la déformation, les auteurs concluent à l'idée d'une acromégalie partielle. Certains cas, disent-ils, de croissance partielle sont le résultat d'une cause générale qui fait sentir son influence sur le système trophique.

Ces faits s'expliquent très bien par la doctrine de l'hyperfonction pathologique de l'hypophyse, aussi rentrent-ils dans le cadre de l'acromégalie vraie à titre de forme partielle, incomplète. L'irritation fonctionnelle de l'hypophyse peut résulter, non seulement d'une altération de structure de cet organe, mais encore de l'action de produits nocifs qui de l'organisme maternel passent dans celui du fœtus. On ne peut cependant méconnaître l'action directe de ces produits nocifs sur les centres

nerveux trophiques ; aussi l'origine de cette forme d'acromégalie partielle congénitale pourrait-elle être nerveuse aussi bien qu'hypophysaire.

TH. TATY.

Stati epilettici et frenosi epilettiche (Etats épileptiques et folies épileptiques). Trois leçons cliniques du professeur P. Funaïoli, sténographiées par M. Nardi-Batassi, étudiant en médecine. Broch. in-8°. Extrait de la *Clinica moderna*, troisième année, n°s 27, 30 et 34, mars-avril 1897.

« La folie épileptique est une forme d'aliénation mentale intimement liée à l'épilepsie et constitue un exemple saisissant des rapports intimes qui unissent les névropathies aux psychopathies. Tantôt la folie suit l'accès convulsif, tantôt elle le précède, tantôt enfin elle tient lieu de l'accès lui-même. »

Ainsi commencent ces leçons où le professeur passe en revue les divers symptômes psychiques qui peuvent accompagner l'épilepsie. La première leçon est presque tout entière consacrée au *caractère épileptique* avec ses allures spéciales et ses traits particuliers, au milieu desquels on relève cette religiosité singulière qui a fait dire à Samt : « Les épileptiques ont le nom de Dieu sur les lèvres, le livre de messe à la main et la fleur de canaillerie au corps ». Dans la deuxième, sont décrites les diverses modalités de la folie épileptique, le grand mal et le petit mal intellectuel de Falret et les douze formes de Samt, dont six sont l'objet de développements particuliers : l'équivalent psycho-épileptique, le prolongement de l'équivalent psychique de l'épilepsie (accès intercurrents de douleurs de tête et de vertige), la folie aiguë post-épileptique (stupeur), la folie chronique post-épileptique, la folie circulaire et la démence épileptiques ; elle se termine par l'exposé des états décrits par Krafft-Ebing, entre autres, des états crépusculaires. La troisième leçon est l'analyse d'un cas de dégénérescence épileptique et se termine par des considérations générales sur l'anatomie pathologique, le pronostic, le diagnostic et le traitement, dans lequel l'auteur donne une place à part à l'antisepsie intestinale. Au point de vue médico-légal, il faut, avec Krafft-Ebing, regarder tout épileptique comme n'étant jamais que partiellement responsable et lui accorder toujours au moins des circonstances atténuantes.

TH. TATY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

- Discours prononcé à la séance d'ouverture du Congrès annuel des aliénistes et neurologistes; par le Dr Gilbert Ballet, président du Congrès. 12 pages in-8°. Limoges, 1901.
- Dispensary treatment of mental diseases; par le Dr Walter Channing. 11 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of Insanity*, 1901.
- L'empoisonnement par le blanc de céruse. Conférence donnée, le 13 janvier 1901, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique de Médecine, par le Dr J.-V. Laborde, 118 pages in-8°. Paris, Imprimerie F. Delporte, 1901.
- L'état mental des tiqueurs; par les Drs H. Meige et E. Feindel. 11 pages in-8°. Extrait du *Progrès médical*, septembre 1901.
- Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. Redigirt von Mendel, Jacobson und Flattau. IV. Jahrgang. 1 vol. in-4° de 1.135 pages. Berlin, S. Karger, 1901.
- Compte général de l'administration de la Justice civile et commerciale en France et en Algérie, pendant l'année 1898, présenté au Président de la République, par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice. 176 pages in-4°. Paris, Imprimerie Nationale, 1901.
- Tics convulsifs généralisés (chorée électrique de Bergeron-Hénoch, électrolepsie de Tordeux ou névrose convulsive rythmée de Guerlin) traités et guéris par la gymnastique respiratoire : par le professeur A. Pitres. 4 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, décembre 1900.
- Observation du trophœdème (avec gravure); — Accès périodiques d'excitation survenant chez une hystérique au moment des époques. Meurtre de son amant pendant une de ces périodes. Irresponsabilité; — Empoisonnement par la colchicine; par le Dr. H. Mabille; 16 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine et chirurgie de la Rochelle*, 1901.
- Note sur la distribution topographique et l'origine radiculaire de l'analgésie provoquée chez l'homme par les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne; par A. Pitres et J. Abadie, de Bordeaux. 3 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, mai 1901.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 26 mai 1902.

Présidence de M. CHRISTIAN, président.

L'assemblée s'est tenue à trois heures du soir, rue de Seine, 12, sous la présidence de M. Christian.

Absents et excusés par lettre : MM. Dericq, Meilhon et Picard.

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

L'assemblée générale approuve les comptes pour l'année 1901 et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

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

Rapport du secrétaire.

MESSIEURS,

J'ai, conformément aux statuts, à vous présenter un rapport sur la situation de notre Association, et vous allez entendre le trente-sixième rapport annuel.

Comme tous les ans, je rappelle que l'œuvre fondée par Bail-larger et ses confrères en 1865 n'a pas cessé de venir en aide à des infortunes se révélant dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Ces infortunes sont peu connues, car nous sommes discrets, habitués que nous sommes à notre secret professionnel, mais ces infortunes n'en existent pas moins. Nous avons à secourir des veuves, des enfants, parfois même des confrères dans la gêne. Votre bureau et votre conseil d'administration savent combien ces secours sont nécessaires et quel bien nous faisons lorsqu'une mort prématurée et imprévue du chef de famille a laissé cette famille sans ressources pour vivre.

Sauf une exception datant des premières années de la fondation de l'œuvre, exception que l'assemblée générale a votée tous les ans en mémoire de Baillarger qui l'avait demandée, la condition nécessaire pour avoir droit au secours quand une infortune se révèle est que le médecin aliéniste fasse partie de notre Association, soit comme membre fondateur, soit comme membre sociétaire. Le bureau donne les secours aussi promptement que possible sous le contrôle du conseil d'administration.

Pour continuer une pieuse tradition, j'ai à mentionner que Brierre de Boismont, Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne, Bouchereau forment la liste de nos confrères disparus ayant été les bienfaiteurs de notre Association.

La mort ne nous a enlevé depuis la précédente assemblée générale qu'un seul de nos membres, mais nulle perte ne pouvait nous être plus sensible, car c'est Meuriot, mort au lendemain de notre dernière assemblée générale où nous l'avions réélu président. M. Christian, prenant la parole au nom de l'Association sur la tombe de notre regretté président, a bien exprimé la pensée de tous en disant au début de son discours : « Il y a quelques jours, c'était lundi dernier, nous tenions notre séance annuelle ; Meuriot devait la présider. Malade, il s'excusa. Nous croyions à une indisposition passagère, et ce fut avec une véritable stupeur que deux jours après nous apprenions sa mort.

« C'est là une de ces cruautés du sort comme nous en voyons trop souvent ; il faut nous résigner à voir disparaître ceux mêmes dont l'existence était la plus utile et la plus précieuse. »

Meuriot était entré dans l'Association comme membre fondateur en 1872. Il était devenu membre à vie en 1897, et depuis cette dernière date il était tous les ans bienfaiteur de l'Association pour des sommes variables. Nous aurons donc, à l'avenir, à ajouter son nom à la liste des bienfaiteurs, avec d'autant plus de raison qu'il avait d'autre part perpétué sa cotisation en devenant membre à vie. Dans les paroles prononcées au nom de la Société médico-psychologique, M. Ritti a dit avec raison que la bonté était la qualité dominante de Meuriot, que c'était un cœur d'or, qu'il souffrait des maux d'autrui et s'ingéniait à les adoucir. C'est ce dont nous étions témoins au sein de notre Association. Il était généreux sans ostentation, faisait le bien avec simplicité et comme une chose naturelle ; jamais une critique ou un mot spirituel n'était dans sa bouche un trait blessant. Il était pour tous ceux qui étaient en relations avec lui un ami sûr et dévoué. Il a été le quatrième président de notre Association, continuant dignement les traditions de Baillarger, Blanche et Semelaigne.

Nous avons à enregistrer deux démissions, celle de M. Saury, membre fondateur, et celle de M. Charpentier, membre sociétaire. Nous regrettons toujours de voir des confrères se séparer de nous quand les malheureux de notre corporation ont toujours besoin d'aide et quand nous sommes obligés de limiter l'étendue de nos secours à l'état de notre caisse.

Nous avons le plaisir de compter trois nouveaux asiles souscripteurs, ceux de Marseille, de Bonneval et de Saint-Alban. L'assemblée générale n'hésitera certainement pas à voter des remerciements à MM. les Directeurs des Asiles de Marseille, de Bonneval et de Saint-Alban, ainsi qu'à MM. les Préfets qui ont appuyé la demande des Directeurs.

L'Association compte à la date d'aujourd'hui :

Membres à vie	1
— fondateurs	56
— sociétaires	89
Total des membres	146

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente-quatre, avec les souscriptions suivantes :

Asile public de Prémontre (Aisne)	100 fr.
— de Saint-Lizier (Ariège)	50
— d'Aix (Bouches-du-Rhône)	50
— de Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
— de Dijon (Côte-d'Or)	100
— d'Evreux (Eure)	100
— de Bonneval (Eure-et-Loir)	50
— de Quimper (Finistère)	100
— de Toulouse (Haute-Garonne)	100
— d'Auch (Gers)	100
— de Bordeaux (Gironde)	25
— de Rennes (Ille-et-Vilaine)	100
— de l'Île (Jura)	100
— de Blois (Loir-et-Cher)	100
— de Saint-Alban (Lozère)	25
— de Châlons (Marne)	100
— de Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
— de La Roche-Gandon (Mayenne)	100
— de Maréville (Meurthe-Moselle)	100
— de Lesvellec (Morbihan)	100
— d'Armentières (Nord)	100
— de Bailleul (Nord)	100
— de Clermont (Oise)	100

Asile public d'Alençon (Orne)	50 fr.
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
— de Pau (Basses-Pyrénées)	100
— de Bron (Rhône)	100
— de Bassens (Savoie)	100
— de Quatre-Mares (Seine-Infér ^{re})	100
— de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
— de Dury-lès-Amiens (Somme)	100
— de Mont-de-Vergues (Vaucluse)	100
— d'Auxerre (Yonne)	100
— de Sainte-Marie de l'Assomption	50

Sur la demande de notre président M. Christian, à M. Monod, le ministre de l'Intérieur a continué, en 1901, la subvention de 1.500 francs qui nous est accordée depuis des années. Nous en remercions M. le Ministre et M. Monod.

J'ai à signaler un petit détail en ce qui concerne les asiles souscripteurs. Pour la plupart des asiles notre trésorier est obligé de réclamer en fin d'année la subvention inscrite au budget. Cela vient évidemment de ce que les secrétaires de direction sont habitués à ne mandater les dépenses en dehors des traitements qu'après avoir reçu les mémoires des fournisseurs, et la lettre de rappel fait ici l'office de mémoire. Nos collègues directeurs seraient bien aimables de donner des instructions aux secrétaires pour que, d'une part, le mandattement de la somme inscrite au budget de l'asile fût un peu moins tardif et que, d'autre part, cette série de réclamations fût évitée à notre trésorier.

J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :

Les recettes de l'année 1901, jointes à l'encaisse du 31 décembre de l'année précédente se sont élevées à . . . 22.520 50

En caisse au 31 décembre 1900.	5.649 08
Cotisations.	2.375 »
Subvention ministérielle.	1.500 »
Souscriptions d'asiles.	2.875 »
Intérêts des capitaux	4.924 70
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. . .	15 96
Boni sur obligation remboursée et remplacée. . .	42 «
Frais de recouvrements remboursés.	38 76
Don de M. Meuriot.	100 »
Don de M ^{me} et M ^{le} Bouchereau pour perpétuer la cotisation de leur mari et frère	5.000 »
Total égal.	<u>22.520 50</u>

Les dépenses ont été en 1901 de 18.086 95
ainsi décomposées :

A quatorze veuves de fondateurs ou sociétaires	8.100	>
A un sociétaire	1.000	"
A deux fils de sociétaires décédés.	800	"
A deux veuves d'anciens internes d'asile.	500	"
Dépenses au Crédit foncier.	69	80
Achat de 16 obligations fusion P. L. M.	7.396	65
Frais d'administration (imprimés, recouvrements, timbres et envois de secours).	160	50
Couronne funéraire.	60	"
Total.	18.086	95
Restait disponible au 31 décembre.	4.433	55
Total égal aux recettes.	22.520	50

M. Mitivié m'a prié de vous donner le détail des frais d'administration qui sont plus élevés cette année que d'habitude, par suite d'une commande d'imprimés. Je n'avais plus de formules de convocation et il a fallu faire réimprimer les statuts dont le précédent tirage était épuisé.

Voici le détail des frais d'administration :

Timbres de quittance	32	25
Frais d'impression	54	85
Envoi de secours.	19	15
Envoi du rapport, de lettres, d'imprimés, reclamations des cotisations	54	25
Total.	160	50

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer les secours de janvier avant la rentrée des recettes de l'année courante.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 230.219 francs.

Le capital placé suivant les statuts, augmenté de dons et legs représente environ 158.000 francs et se décompose ainsi :

1.217 francs de rente 3 1/2 p. 100.

2.838 francs de rente 3 p. 100.

43 obligations du chemin de fer du Midi.

16 obligations du chemin de fer P. L. M. fusion.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1902 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1901	4.433	55
Cotisations.	2.375	"
Subvention ministérielle.	1.500	"
Souscriptions d'asiles.	2.950	"
Intérêts de capitaux.	4.925	"
Total.	16.183	55

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ 13.000 francs.

Dans sa dernière séance, au mois de Janvier, le conseil a alloué des secours s'élevant à 4.250 francs ainsi répartis :

A deux fils de sociétaires décédés..	400	"
A quinze veuves de sociétaires ou fondateurs.. .	3.850	"
Total.	4.250	"

Solde disponible, 8.750 francs sur lesquels le conseil propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Il resterait alors en caisse 8.250 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième semestre, aux éventualités qui peuvent se présenter en cours d'année et assurer les secours de janvier 1903.

Le Conseil d'administration a dû, après le décès de son président, compléter le bureau. M. Christian, vice-président a été désigné comme président. M. Doutrebente a été désigné comme vice-président. M. Mitivié a continué ses fonctions de trésorier avec le dévouement que vous lui connaissez. C'est lui qui est le confident des misères que nous avons à soulager, et il n'épargne ni sa peine ni son temps pour remplir sans bruit la plus lourde charge de notre association.

M. le Président remercie le Secrétaire de son rapport et met aux voix la proposition d'allonger un secours de 500 francs à deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.

Cette proposition est adoptée.

L'assemblée, à la suite de l'inscription des asiles de Marseille, de Saint-Alban et de Bonneval comme asiles souscripteurs, vote des remerciements au directeur de l'asile de Marseille et au préfet des Bouches-du-Rhône, à M. le Dr Dericq, directeur-médecin de l'asile de Bonneval, à M. Brelet, préfet d'Eure-et-Loir, et à M. le Dr Nolé, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban.

M. le Président rend compte de la négociation engagée avec le Conseil général de la Seine pour obtenir une subvention au nom des asiles de la Seine, et M. Briand fournit des indications complémentaires.

On procède ensuite au renouvellement des membres sortants du conseil, conformément à l'article 9 des statuts.

Les membres sortants sont MM. Falret, Febvré, Ritti, Doutrebente, et il y a à pourvoir au remplacement de M. Meuriot, décédé.

MM. Falret, Febvré, Ritti, Doutrebente sont réélus pour une période de trois ans.

M. Magnan est nommé en remplacement de M. Meuriot.

Le Conseil est ainsi composé pour l'année 1902 :

MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Semelaigne, dont les pouvoirs expireront en 1903.

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1904.

MM. Falret, Febvré, Magnan, Ritti, Doutrebente, dont les pouvoirs expireront en 1905.

L'assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau.

Président : M. Christian.

Vice-président : M. Doutrebente.

Trésorier : M. Mitivié.

Secrétaire : M. Giraud.

La séance est levée à quatre heures.

Membre à vie.

M. Christian.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Arnaud.	Dubuisson (Paul).	Marandon de Montyel.
Ballet (G.).	Duhamel.	Moreau (de Tours).
Belle.	Dupré.	Motet.
Biaute.	Falret.	Nolé.
Binet des Roys.	Faucher.	Parant.
Boubila.	Febvré.	Péon.
Boudrie.	Gallopain.	Petit (Gilbert).
Briand.	Garnier (Paul).	Pétrucci.
Brunet.	Giraud.	Pierret.
Carrier.	Girma.	Pons.
Chaslin.	Goujon.	Régis.
Chaussinand.	Grout (Franklin).	Ritti.
Conso.	Homery.	Rousselin.
Cortyl (Edmond).	Lalanne.	Semelaigne.
Cortyl (Germain).	Lallemand.	Simon (Max).
Cullerre.	Lapointe.	Taguet.
Dagonet (Henri).	Mabille.	Vallon.
Dagonet (Jules).	Magnan.	Voisin (Jules).
Doursout.	Mitivié.	

Membres sociétaires.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloyse).	Anglade.	Audy.
Allaman.	Antheaume.	Baruk.

MM.	MM.	MM.
Bécue.	Jacquin.	Pilleyre.
Bellat.	Joffroy.	Planat.
Belletrud.	Journiac.	Pochon.
Bessières.	Lalanne.	Raffegeau.
Bonnet (J.).	Laroussinie.	Ramadier.
Boissier.	Larroque.	Rayneau.
Boiteux.	Legrain.	Rey.
Broquère.	Legras.	Rist.
Chardon.	Leroy.	Roubinowitch
Charon.	Levet.	Rousset.
Charuel.	Louis (Léon).	Santenoise.
Chocreaux.	Lwolf.	Schils.
Colin.	Malfilâtre.	Séglas.
Croustel.	Marchand.	Sérieux.
Danner.	Marie.	Sizaret.
Delaporte.	Martineng.	Terrade.
Dericq.	Maupaté.	Thibaud.
Doutrebente.	Meilhon.	Thivet.
Dubourdieu.	Monestier.	Toulouse.
Dubuisson (M.).	Nageotte.	Toy.
Dumaz.	Nicoulau.	Trénel.
Dupain.	Pactet.	Truelle.
Fenayrou.	Pain.	Védie (Henri).
Garnier (Samuel).	Papillon.	Vernet.
Gilson.	Paris.	Viallon.
Guyot (Aug.).	Pécharman.	Viel.
Hamel.	Picard.	Vigouroux.
Hospital.	Pichenot.	

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté de juin 1902 : M. PICHON, conseiller de préfecture de la Seine, est nommé directeur de l'asile de Vaucluse (Seine), en remplacement de M. BAUDART, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

NÉCROLOGIE

D^r JULES FALRET. — Nous avons la douleur profonde d'annoncer la mort de notre vénéré maître et ami, M. le D^r Jules Falret, décédé le 28 mai 1902, dans sa soixante-dix-neuvième année, après une courte maladie.

Falret, Jules-Philippe-Joseph, naquit, en avril 1824, à Vanves, dans cette maison de santé fondée par son père et Félix Voisin, où lui-même devait passer toute son existence et terminer ses jours.

Après d'excellentes études classiques, il prit ses inscriptions à la Faculté de médecine de Paris. Reçu interne des hôpitaux à la promotion de 1847, c'est-à-dire à l'âge de vingt-trois ans, il ne tarda pas, sous l'influence de son illustre père, à se spécialiser dans l'étude des maladies mentales. Tout semblait d'ailleurs l'y pousser : le milieu familial, ses tendances naturelles, la société des disciples de son père. Son choix fait, il se prépara par un travail assidu, à la fois théorique et pratique, à la tâche que la destinée lui réservait. Il lui appartenait, en effet, de continuer les traditions paternelles, non seulement dans la direction de la Maison de santé de Vanves, mais encore, et surtout, au point de vue scientifique. C'était là un double héritage qui devait lui échoir et qu'il sentait bien qu'il serait de son devoir de faire fructifier.

Jules Falret soutint sa thèse de doctorat le 30 mai 1853 ; elle a pour titre *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*. Cette première œuvre était du meilleur augure pour l'avenir; on y constatait un remarquable talent d'exposition et des connaissances très étendues, une

grande faculté d'analyse clinique et une non moindre puissance de synthèse. Toutes ces qualités, développées encore par le travail et l'étude, se retrouvent dans toutes les publications de ce maître regretté, dont quelques-unes peuvent être considérées comme de véritables modèles. Nous citerons, entre autres, ses travaux sur la *catalepsie*, sur l'état mental des épileptiques, sur les troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales, etc.

Reçu membre de la Société médico-psychologique le 27 mars 1854, on peut dire qu'il en fut l'âme pendant plus d'un tiers de siècle. C'est à lui que sont dus les rapports qui ouvrirent les principales discussions de cette Compagnie, et tous ces rapports sont des chefs-d'œuvre de clarté et de précision ; il y a semé une foule d'idées originales qui ont germé depuis, dont la plupart sont devenues en quelque sorte des lieux communs en notre spécialité. Il n'est aucun lecteur des *Annales* qui n'ait encore présents à l'esprit ces rapports si suggestifs sur la *Classification des maladies mentales*, sur la *folie raisonnante*, sur la *colonie d'aliénés de Gheel*, sur les divers modes d'assistance des aliénés, sur les aliénés dangereux, sur l'*emploi du bromure de potassium à haute dose*, etc.

Toutes ces publications avaient mis Jules Falret en évidence ; elles le désignaient, dans tous les cas, pour une des places de médecin aliéniste des hospices de Paris. Une de ces places de Bicêtre étant devenue vacante, il y fut appelé en 1867 ; il y resta jusqu'en 1883, époque à laquelle il succéda à Delasiauve, dans son service de la Salpêtrière ; et ce n'est qu'à regret qu'il quitta, à l'âge de soixante-treize ans, ces fonctions qu'il remplit pendant trente ans avec un zèle, un dévouement au-dessus de tout éloge.

Avant de quitter la vie active, notre regretté maître et ami s'imposa l'obligation de réunir ses travaux épars dans différents recueils ; il nous a donné ainsi deux volumes du plus haut intérêt, qu'on ne saurait assez consulter, car ils sont aussi fortement pensés que clairement écrits. Il donna pour titres : au premier, *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* ; au second, *Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale*.

S'il avait bien voulu obéir aux supplications de ses amis, Jules Falret nous aurait donné un dernier volume consacré à la publication de ses leçons ; car notre excellent et regretté ami fut un remarquable professeur, à la parole abondante et facile, exposant avec une grande clarté et une méthode rare ces difficiles questions de pathologie mentale, qu'il connaissait à fond et que son esprit si net et si précis avait tant contribué à éclaircir. Il y a lieu de regretter que, pour des raisons

sérieuses sans doute, il n'ait pas cru devoir se rendre aux vœux de ses amis et de ses élèves en nous donnant ce volume de leçons. Tous ceux qui suivaient l'enseignement du maître auraient été heureux de revivre par la lecture ce cours de l'Ecole pratique assidûment suivi par un auditoire attentif et charmé.

Jules Falret, s'il fut un grand esprit, fut aussi un cœur noble et généreux. Bon et bienveillant, il fit le bien sans compter, s'intéressant aux jeunes et à leur avenir, charitable envers les malheureux. Il consacra le meilleur de son temps à cette belle fondation de son illustre père, la Société de patronage des aliénés indigents sortis guéris des asiles de la Seine; on peut dire qu'elle eut ses dernières pensées, qu'elle fut son ultime préoccupation. Puisse cette œuvre si utile être continuée avec ce zèle, ce dévouement qu'y apportait notre éminent collègue!

Avec l'âge étaient venues les infirmités; dans ces derniers temps, et surtout depuis quelques mois, J. Falret se plaignait d'un affaiblissement des jambes qui lui rendait la marche difficile; de plus il était affecté d'une surdité progressive. Malgré ces inconvénients, il ne manquait pas une séance de la Société médico-psychologique, heureux de pouvoir serrer la main de ses collègues, qui, tous, reconnaissaient en lui un maître, le doyen de notre Compagnie, celui qui avait contribué le plus à sa renommée. Il se faisait une fête d'assister au cinquantenaire de sa fondation, lorsque, quelques jours avant la séance, il fut atteint d'un mal inexorable. L'annonce de sa maladie jeta un voile de deuil sur cette cérémonie, et ce fut avec une véritable affliction que nous apprimés sa mort deux jours après, le mercredi 28 mai.

Ses obsèques eurent lieu à Vanves le vendredi 30 mai, au milieu d'un grand concours d'amis, de collègues, d'élèves, qui voulaient rendre un dernier hommage au frère distingué, au maître éminent qui laissera un souvenir ineffaçable au cœur de tous ceux qui l'ont approché.

De nombreux discours furent prononcés sur sa tombe; nous reproduisons les trois suivants, prononcés au nom des sociétés dont il était membre, de la Maison de santé qu'il dirigea pendant plus d'un tiers de siècle, et de ses collègues de Bicêtre et de la Salpêtrière qui furent tous ses amis.

Discours de M. le Dr MOTET au nom de la Société médico-psychologique et de la Société de médecine légale.

Messieurs, j'apporte sur cette tombe, au nom de la Société médico-psychologique, le dernier adieu à notre collègue, aimé, respecté, le Dr Jules Falret.

Il semble que la mort cruelle ait voulu rendre plus douloureuse encore pour nous une séparation à laquelle nous n'étions pas préparés. Quelques jours de maladie ont suffi pour nous enlever un homme auquel les affections et les sympathies faisaient un touchant cortège, à l'heure où nous voulions, dans une circonstance solennelle, lui rendre un hommage public de respect et de reconnaissance.

Hier, nous célébrions le cinquantenaire de la Société à laquelle il appartenait depuis les premières années. Il en était au milieu de nous, le doyen ; et, sachant combien il lui était attaché, combien il l'aimait, comment il l'avait servie et grandement honorée, nous aurions voulu pouvoir lui dire tout ce qu'il y avait dans nos coeurs de gratitude profonde. Le coup qui nous frappe si durement a renversé nos projets, et couvert d'un voile de tristesse une réunion dans laquelle sa place est restée vide.

Mais, nous pouvons dire que, jusqu'à la dernière heure, nous avons occupé sa pensée : aux moments où elle flottait indécise, dans les rêveries d'un demi-sommeil, il parlait de la solennité à laquelle il s'était promis de prendre part, il disait son regret de ne pas être au milieu de nous. Il ne se doutait pas de nos angoisses, du deuil qui déjà nous brisait le cœur.

Nous perdons, messieurs, non seulement un ami bien cher, mais encore un homme d'une rare valeur intellectuelle. J. Falret, comme son père, a passé toute sa vie dans cette grande maison de santé de Vanves, où se donnaient rendez-vous tous les savants de la France et de l'étranger. L'accueil y était toujours cordial, il suffisait qu'on s'y présentât comme un adepte de la médecine mentale pour y être reçu à bras ouverts, pour y recueillir, dans des causeries familières, les enseignements précieux d'une vaste expérience, d'une perspicacité cliniquesans égale. Formé dans ce milieu, J. Falret donna vite sa mesure, et, merveilleusement servi par sa connaissance des langues étrangères, par une surprenante érudition, par un sens droitet sûr, il put, dès sa jeunesse, se placer au premier rang et il sut le conserver. Vos *Annales* sont pleines de ses travaux, et dans toutes les discussions importantes, il apportait, la clarté, l'esprit d'initiative, la juste appréciation de l'utile, de ce qui était, après tout, le meilleur. Je ne rappellerai pas ici ses œuvres : l'heure viendra où

nous devrons rendre à J. Falret, un hommage mérité; mais ce que je peux, ce que je dois dire, c'est qu'il se montra dans toute sa vie scientifique, le savant honnête, consciencieux, travaillant avec une modestie rare, et ne mettant jamais rien au-dessus de l'accomplissement d'un devoir. Dans ses services hospitaliers, il était dévoué à ses malades, comme à ses élèves qui trouvaient auprès de lui un enseignement vraiment utile, car personne ne savait mieux que lui analyser les faits, en faire pressentir les conséquences éloignées ou prochaines. Il devait à son grand sens clinique l'autorité qu'il avait prise dans les Sociétés savantes: la nôtre l'avait choisi pour la présider en 1889, voulant ainsi le placer à notre tête au moment du Congrès de médecine mentale. Vous vous rappelez avec quelle distinction il remplit sa haute fonction de président de la Section médico-psychologique. Et toujours, il restait aussi simple, ne semblant pas se douter de la supériorité que lui assurait ses mérites.

Une autre Société qui m'a chargé de la représenter ici, la Société de médecine légale de France, le tenait aussi en haute estime; gardant le souvenir de ses rapports médico-légaux sur l'affaire Jeanson, sur un cas d'aphasie avec hémiplégie droite, pour lequel on demandait l'interdiction, sur l'irresponsabilité des épileptiques, elle voulut, elle aussi, l'appeler à la présidence; il l'occupa deux années, en 1893 et 1894. Elle ne ressent pas moins vivement que nous la perte qu'elle vient de faire, elle s'incline respectueusement sur cette tombe, et j'apporte au nom de la Société de médecine légale de France, l'expression de ses plus vifs, de ses plus profonds regrets pour le savant collègue qui lui est ravi.

Partout, messieurs, ces sentiments se manifestent. J. Falret n'avait que des amis. Sa bonté, l'aménité de son caractère, attachaient pour toujours ceux qui avaient eu le bonheur de l'approcher. On lui restait aisément fidèle, comme il l'était lui-même. Le nombre est grand de ceux qu'il obligea de sa discrète bienfaisance, qui le pleurent aujourd'hui, au souvenir de tout le bien qu'il a fait. Les habitants de Vanves n'ont pas oublié ce qu'il fut pour eux et pendant la guerre et pendant les tristes journées de 1871. Cet homme si simple, si modeste, si peu fait pour la lutte, montra la plus grande énergie, et sut assurer la sécurité de sa maison et de ceux qui venaient réclamer son appui.

Cher et excellent ami, vous n'avez pas été seulement un savant, vous avez été un homme au cœur généreux, aux sentiments de la plus exquise délicatesse.

Comme il vous connaissait bien celui qui avait pour vous une si grande affection et auquel vous la rendiez de tout votre cœur. Le jour où, après avoir perdu votre père, vous avez perdu

Voisin à son tour, où vous êtes resté seul, Lasègue, votre incomparable ami, disait de vous : « Dans la maison hospitalière déjà à demi-vide, un élève, presque un fils, y continuera ce culte cordial du passé qui fait que les morts semblent se survivre dans le milieu où l'on continue de les aimer. »

N'est-ce pas là ce que vous avez fait ? Et n'avez-vous pas le droit d'attendre que cette maison que vous quittez après y avoir passé toute votre vie, garde impérissable votre souvenir : je suis sûr que l'on continuera de vous y aimer, comme nous le ferons aussi, nous, vos collègues, qui vous disons notre suprême adieu !

Adieu, Falret, adieu.

Discours de M. le Dr ARNAUD, au nom de la Maison de santé de l'anves.

En mon nom, au nom du personnel de la Maison de santé, je viens adresser un hommage supérieur et dire un dernier adieu à l'Ami, au Maître, au Chef que nous aimions tous.

M. J. Falret est né dans cette Maison où il vient de rendre le dernier soupir et où il a passé sa vie tout entière. Sa maison faisait en quelque sorte partie de sa personnalité. Avec le culte touchant qu'il a toujours conservé pour la mémoire de son père, elle tenait la place prépondérante dans ses préoccupations de tous les jours ; il y pensait sans cesse, il en connaissait tous les détails et il s'appliquait constamment à l'améliorer. Quand il la quittait, ce n'était jamais que pour peu de temps ; il voulait être tenu au courant de l'existence quotidienne de la maison et il était toujours impatient d'y rentrer. Ses travaux scientifiques si nombreux, si remarquables s'accompagnaient toujours dans son esprit de préoccupations pratiques en vue du bien-être matériel et moral des malades qui lui étaient confiés.

Dans l'exercice de son autorité apparaissait le trait distinctif de sa nature morale : une douceur qui ne se démentait jamais, une bonté délicate et profonde. A la rudesse du commandement, qui décourage et qui éloigne certaines bonnes volontés, il préférait la douceur patiente qui attache au devoir ceux qui sont capables de le sentir ; à la sécheresse administrative, qui éloigne encore parce qu'elle marque trop les distances, il préférait la bienveillance attentive qui rapproche et unit, du petit au grand, tous ceux qui collaborent à une même œuvre. Il savait d'expérience personnelle les difficultés parfois si pénibles qu'entraîne le contact perpétuel de malades dont la raison est obscurcie et dont les sentiments sont troublés, et combien le

personnel qui leur donne ses soins a besoin d'être encouragé et soutenu par l'exemple. Aussi, je puis témoigner que l'affection des employés de tout ordre de la Maison de santé n'a jamais fait défaut à M. Falret. Il y a suscité de durables dévouements qui resteront fidèles à sa mémoire vénérée.

Sa grande bonté s'étendait au delà des limites de sa maison. Depuis la mort de son père, il a été l'âme agissante et bienfaisante de cette *Œuvre de patronage pour les aliénés indigents* qui fait tant de bien et qui, malheureusement, est si peu connue. Il lui consacrait son temps, il l'a aidait de ses ressources, il apportait l'appui le plus efficace à ces admirables religieuses dont il partageait les croyances et qui donnent leur vie tout entière aux malheureux qu'elles assistent.

Sa générosité inépuisable, qu'il mettait une sorte de pudeur à dissimuler, était bien connue, non pas seulement dans cette ville de Vannes, qui l'a toujours honoré comme un bienfaiteur, mais bien plus loin encore; de toutes parts, de nombreuses misères venaient le solliciter et jamais inutilement.

Pendant les treize années consécutives que j'ai passées auprès de lui, dans la plus affectueuse intimité, j'ai pu apprécier complètement ces qualités du cœur qui lui attiraient le respect et l'affection de tous. J'ai pu apprécier aussi ses exceptionnelles qualités d'esprit dont on vous a parlé tout à l'heure, et par lesquelles il a produit une œuvre scientifique de haute valeur. Dès mon arrivée dans sa maison, il m'a accueilli avec une cordiale bienveillance dont je garderai toujours le souvenir attendri; il m'a prodigué les conseils de son expérience, les lumières de son intelligence si souple et si vive; il m'a témoigné une pleine confiance dont je reste très fier.

Comme son frère, à qui l'unissait une tendre affection, comme tous les siens, comme tous ses amis, je ressens douloureusement sa perte. Nous garderons fidèlement son souvenir, et nous nous appliquerons à maintenir dans sa maison les traditions de bienveillance, de travail et de dévouement qu'il avait reçues de son père et qui ont tant contribué à honorer le nom des Falret.

Adieu, mon bien cher maître et ami, au nom de tous vos collaborateurs, adieu!

Discours de M. le Dr J. VOISIN, au nom des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Je viens, au nom des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière, adresser un dernier adieu à l'homme éminent qui fut un de nos collègues et un de nos maîtres dans la psychiatrie.

Elevé dans cette maison si hospitalière de Vanves (qui me rappelle tant de souvenirs si douloureux et en même temps si doux), entre son père et mon oncle Félix Voisin, Jules Falret, qui avait pour ami intime et pour maître Lasègue, s'adonna tout de suite à l'étude si attrayante des maladies mentales.

Après son internat, il passa une thèse brillante en 1853, sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales, qui mirent en évidence les qualités d'observation et de jugement du jeune docteur. Esprit fin et délié, d'une grande affabilité et d'une grande bonté, Jules Falret se fit connaître à l'Ecole pratique pour ses leçons sur les maladies mentales, et à la Société médico-psychologique par ses discussions marquées au point de la plus judicieuse finesse.

Un esprit aussi distingué et aussi érudit ne devait pas rester longtemps inaperçu de l'administration préfectorale. Aussi fut-il nommé médecin de Bicêtre en 1867, puis de la Salpêtrière en 1883, aussitôt après la retraite de Delasiauve.

Dans ces hôpitaux il fit son service avec un zèle et une assiduité dignes du plus grand éloge, et là il amassa les éléments de ses travaux sur les maladies nerveuses et sur les maladies mentales qui font autorité dans la science.

Je ne parlerai pas de ses travaux cliniques, mais je veux en quelques mots vous montrer l'homme de bien et de devoir, l'homme consciencieux que fut Jules Falret dans l'exercice de ses fonctions hospitalières.

Tous les matins, jusqu'à soixante-treize ans, époque de sa retraite qu'il prit à regret, il faisait avec assiduité sa visite à l'hôpital en donnant une parole de consolation à chaque malade. Il s'occupait de tous les élèves internes, externes, les faisant chaque jour profiter de son expérience et de son érudition, et les maintenant sans cesse en communauté d'idées avec lui. Tous ceux qui l'approchaient se sentaient gagnés par son affabilité et sa bonté et devenaient ses amis. Sa table était toujours ouverte pour les recevoir, et il n'est pas de génération d'internes qui ne se rappelle avec bonheur sa descente dans ce beau parc de Vanves.

Depuis sa retraite des hôpitaux, Jules Falret, s'occupait exclusivement de son établissement de Vanves et de l'œuvre de patronage des aliénés indigents sortis guéris des asiles. Grâce à lui et au dévouement de tous, cette société édifiée sous l'impulsion de son père a prospéré et rend les plus grands services à ces pauvres déshérités de la nature humaine.

Sa mort sera vivement ressentie par tous.

En lui disparaît un maître en psychiatrie et un homme de bien, de devoir et de dévouement.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le président du conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes,
Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques;

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863 et du 19 octobre 1894;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888 et des 12 juin 1899 et 7 mars 1900;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux en date du 10 décembre 1901,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 10 novembre 1902.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le jeudi 9 octobre 1902, au plus tard, au ministère de l'Intérieur (1^{er} bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours).

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1^o Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président;

2^o Trois professeurs, agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans des Facultés ou écoles de médecine de l'Etat;

3° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton ;

4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur, sur la proposition du comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des Facultés ou écoles différentes. Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des Facultés qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'Intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent, et les épreuves continueraient, de plein droit, avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10.

3° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20 ;

4° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans ;

5° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve, et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix ; il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure;

Aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

Art. 6. — Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures au présent arrêté, notamment celles de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Ce dernier se trouvera désormais soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 9 mai 1902.

WALDECK-ROUSSEAU.

ANNEXE DE L'ARRÊTÉ DU 9 MAI 1902

En vertu du décret du 19 octobre 1894, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

1^o Directeurs médecins.

Cadres.	Traitements.
Classe exceptionnelle	Fr. 8.000
1 ^{re} classe	7.000
2 ^e classe	6.000
3 ^e classe	5.000

2^o Médecins en chef.

Classe exceptionnelle	Fr. 8.000
1 ^{re} classe	7.000
2 ^e classe	6.000
3 ^e classe.	5.000

3^e Médecins adjoints.

Classe exceptionnelle	Fr. 4.000
1 ^{re} classe	3.000
2 ^e classe	2.500

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

ASSOCIATION AMÉRICAINE POUR L'ÉTUDE DE L'ÉPILEPSIE

L'association américaine pour l'étude de l'épilepsie, l'assistance et le traitement des épileptiques, qui a tenu son premier congrès, à Washington, en mai 1901, annonce la publication d'un volume contenant les comptes rendus de ce congrès et les mémoires qui y ont été présentés.

Le nombre et l'importance de ces mémoires montre que l'assistance des épileptiques non aliénés a fait aux Etats-Unis de très sérieux progrès.

Des rapports ont été présentés sur ce qui se fait à cet égard dans divers Etats d'Europe, les Iles Britanniques, la Belgique, la Suisse, la Suède, la Russie, l'Italie, voire même la Turquie. Il n'y est malheureusement pas question de la France; et de fait, cette partie de l'assistance publique a été jusqu'ici un peu négligée dans notre pays, et il serait bien désirable d'y voir créer des établissements spéciaux pour une catégorie de malades qui, tant pour eux-mêmes que pour les autres, ont besoin de ne pas être mêlés à n'importe quelle catégorie d'infirmes et qui cependant méritent autant d'attention, d'intérêt et de pitié que les autres.

Ceux que ces questions intéressent peuvent se procurer le volume du congrès en s'adressant au secrétaire de l'Association, le D^r William P. Spratling, Craig Colony, Sonyea, N. Y.

DOUZIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES
ET NEUROLOGISTES

Session de Grenoble.

PROGRAMME

Vendredi 1^{er} août. — 9 heures : Séance solennelle d'ouverture du Congrès, à l'Hôtel de ville. — 10 h. 1/2 : Visite du Musée-Bibliothèque. — 2 heures : Séance à l'Ecole de médecine. Installation du bureau. — Discussion de la 1^{re} question du programme : *Des états anxieux dans les maladies mentales.*

Rapporteur : M. Lalanne, de Bordeaux. — 8 heures : Réception à l'Hôtel de ville.

Samedi 2. — Séance à l'Ecole de médecine. — Discussion de la 2^e question : *Les tics en général*. *Rapporteur* : M. Noguès, de Toulouse. — 2 heures : Continuation de la discussion ; communications diverses ; désignation du siège du prochain Congrès et élection du président. — Le soir, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 3. — Excursion à La Mure. Retour en voiture par les lacs de Laffrey.

Lundi 4. — Visite de l'asile de Saint-Robert. — 8 h. 1/2 : Visite de la ferme. — 10 heures : Visite de l'asile. — Déjeuner offert par le Conseil général. — 2 heures : Séance à l'asile ; communications diverses.

Mardi 5. — 9 heures : Séance à l'Ecole de médecine. — Discussion de la 3^e question : *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal*. *Rapporteur* : M. Ernest Dupré, de Paris. — 2 heures : Communications diverses.

Mercredi 6. — *Départ de Grenoble en chemin de fer pour la Grande-Chartreuse par Voiron et Saint-Laurent-du-Pont*. — Visite de la fabrique de liqueurs à Fourvoirie. — Déjeuner à Saint-Pierre-de-Chartreuse. — 2 heures : *Départ pour le couvent*. — Visite du couvent et séance ; communications diverses. — (Les dames ne sont pas admises à l'intérieur du monastère). — Excursion très facile et facultative à Notre-Dame-de-Casalibus et chapelle de Saint-Bruno. — Retour et coucher à Saint-Pierre-de-Chartreuse.

Jeudi 7. — Excursions au choix : 1^o Ascension au Grand-Som (2.033 mètres d'altitude). Se munir de bonnes chaussures ferrées ; 2^o Excursion facile au habert de Malamille. Vu les nombreux sous-bois et lointains, MM. les amateurs photographes feront bien de se munir de plaques orthochromatiques. — Déjeuner général à Saint-Pierre-de-Chartreuse. — Fin du Congrès. — Retour en voiture à Grenoble par le Sappey. — (Si un certain nombre de congressistes le désirent, une excursion aura lieu le *vendredi 8* à Bourg-d'Oisans, point de départ de nombreuses excursions dans la haute montagne).

REMARQUES

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

Chronique

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes (XII^e session, Grenoble).

Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes s'est, comme d'usage, ouvert le 1^{er} août. Le lieu de réunion était Grenoble, au milieu d'un cirque de montagnes. Les adhésions avaient été fort nombreuses. Trois rapports très bien rédigés et fort intéressants avaient été distribués, et, dès le premier jour, le Congrès s'est annoncé comme devant avoir le plus grand succès. On sentait que ni Régis, président, ni Bonnet, secrétaire général, n'avaient ménagé leur peine pour assurer une bonne organisation. Bon nombre de dames avaient accompagné leur mari. M^{me} Régis, d'ailleurs, avait donné le bon exemple. On voyait aussi de tout jeunes ménages, ce qui est de bon augure pour l'avenir. Mais j'ai besoin de procéder avec ordre pour raconter ce que fut le Congrès de Grenoble.

Le Congrès a été ouvert, en séance solennelle, à

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. XVI. Septembre 1902. 1. 12

l'Hôtel de Ville, par le premier adjoint remplaçant le maire absent, et nous adressant les souhaits de bienvenue de la municipalité.

Régis a répondu. Il a d'abord adressé des remerciements aux autorités qui nous recevaient à Grenoble, aux confrères de Grenoble, et en particulier au directeur de l'Ecole de médecine qui avait mis les locaux de l'Ecole à la disposition du Congrès ; puis il a pris comme thème de son discours de réception, si on peut s'exprimer ainsi : « *De la folie dans l'art dramatique* ». Il a examiné le parti que les grands auteurs dramatiques ont tiré en présentant des insensés sur la scène. Puis, comme l'auteur du discours était un médecin aliéniste, il a recherché quel enseignement on pourrait tirer de cette étude au point de vue de l'histoire de la folie. Il avait divisé son sujet en trois parties répondant à trois grandes époques : l'époque grecque avec Eschyle, Sophocle et Euripide; la Renaissance avec Shakespeare; l'époque moderne avec Ibsen.

Les auteurs grecs ont décrit avec une rare perfection le délire hallucinatoire nocturne et la dépression mélancolique avec suicide ; Shakespeare a représenté la névrose et la psychose ; Ibsen montre l'alcoolisme et les folies dégénératrices.

Tous ces auteurs ont pris pour les représenter sur la scène des faits d'observation, indiquant ainsi quelles étaient les formes dominantes de folie, à chaque époque. Ce discours, écrit en excellent style, a été vivement applaudi.

Cette séance solennelle a été suivie de la visite du Palais de Justice (ancien Parlement du Dauphiné) et de la visite du Musée-Bibliothèque fort bien installé et fort riche.

La séance de l'après-midi, où devaient commencer les séances de travail du Congrès, avait lieu à l'Ecole de

médecine. Le Dr Bordier, directeur de l'Ecole de médecine, a souhaité la bienvenue aux membres du congrès, mettant en parallèle le psychiatre d'autrefois qui confiait au sorcier et le psychologue moderne devenu un physiologiste. Le recteur de l'Université de Grenoble a adressé à son tour des paroles aimables. Puis M. Gilbert Ballet, président sortant, a procédé à l'installation du nouveau président. Le bureau formé de Régis, président ; Bonnet, secrétaire général, a été complété par la nomination des présidents d'honneur, puis de deux vice-présidents : MM. Deny et Marie, et des secrétaires de séances : MM. Vurpas, Parant fils et Bécu. M. Obregia, délégué de Roumanie et M. Arman, d'Oviedo, figurant au nombre des présidents d'honneur, ont adressé leurs remerciements, et la parole a été donnée au Dr Lalanne pour l'exposé de son rapport sur les états anxieux dans les maladies mentales.

Dans son rapport imprimé l'auteur a exposé que l'attention a été attirée dans ces dernières années sur un symptôme fréquent et encore peu étudié des névroses et des psychoses : l'état anxieux, dans lequel on peut reconnaître trois degrés : l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse.

Dans un premier chapitre le Dr Lalanne fait l'historique du sujet. Autrefois, il n'était question que de la mélancolie anxieuse. Morel, dans ses études cliniques, a fait une large part au sens émotif comme facteur général des folies ; il a, surtout dans son mémoire sur le « Délire émotif », décrit les états anxieux. Guislain décrivait ce symptôme dans les mélancolies ; mais c'est dans ces dernières années qu'on a montré le rôle de l'anxiété dans l'obsession morbide et son importance dans les troubles du système nerveux.

Dans un second chapitre l'auteur présente la symptomatologie clinique de l'anxiété. Il étudie les troubles

de la sensibilité générale et spéciale, les anesthésies, hyperesthésies, paresthésies. L'hyperesthésie d'origine émotive amène l'hypocondrie. La sensibilité peut être pervertie, d'où sensation de chaud ou de froid sous l'influence de l'émotion. Dans le domaine des sens spéciaux, les perversions peuvent aller jusqu'à l'illusion et l'hallucination.

Ces phénomènes s'accompagnent de troubles moteurs: asthénie motrice, tremblements, incoordination des mouvements volontaires, troubles de l'élocution, vertiges. Les troubles circulatoires et les troubles respiratoires jouent un grand rôle dans les manifestations de l'anxiété. Il y a souvent des troubles digestifs et des troubles sécrétoires. Enfin il y a des troubles affectifs et intellectuels parmi lesquels les plus remarquables sont l'attente anxieuse, l'obsession, la rapide évocation des images, les altérations de la personnalité.

Dans un troisième chapitre, le Dr Lalanne étudie l'anxiété physiologique, l'anxiété dans les maladies somatiques, la névrose anxieuse ou d'angoisse.

L'anxiété physiologique, c'est l'émotion au moment d'un examen, le trac des orateurs et des artistes, l'état d'esprit des joueurs; c'est l'angoisse en présence d'un danger, d'un malheur.

L'anxiété des maladies somatiques se rencontre surtout dans les états infectieux, dans les hémorragies diffuses, dans les hémorragies intestinales, dans l'angine de poitrine, dans les grandes névroses. La névrose d'angoisse a pour principaux symptômes une irritabilité générale, l'attente anxieuse, diverses représentations intellectuelles telles que l'idée de la mort, des troubles cardiaques et respiratoires, des vertiges, et c'est avec l'attente anxieuse que se développent les phobies et les obsessions. L'auteur s'arrête tout particulièrement sur l'état sexuel dans la névrose d'angoisse. Le chapitre IV

est consacré aux psychopathies anxieuses et à la constitution du type clinique. L'auteur, prenant les caractères généraux et la symptomatologie clinique, revient sur les troubles de la sensibilité, les troubles des représentations mentales, les hallucinations. Le type clinique présente diverses formes :

1^o La mélancolie anxieuse transitoire dans la mélancolie simple ;

2^o La mélancolie anxieuse qui est le type de la psychose d'angoisse et à laquelle se rattache le délire des négations ;

3^o Les psychoses d'obsession progressive, où l'on voit la transformation des obsessions en psychose.

Dans un cinquième chapitre l'auteur passe en revue les divers états où l'anxiété se montre non plus comme symptôme prédominant, mais néanmoins comme symptôme d'une certaine importance.

C'est ainsi qu'on trouve ce symptôme dans la folie des dégénérés, à la période d'incubation de la manie, dans la mélancolie, plus rarement dans la folie à double forme, dans les psychoses d'intoxication dont le type le mieux défini est le délire alcoolique avec ses hallucinations terrifiantes, dans les grandes névroses et parfois la paralysie générale.

Dans un sixième et dernier chapitre, le Dr Lalanne examine l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

L'anxiété paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La névrose d'angoisse apparaît de préférence dans l'adolescence, la mélancolie anxieuse dans l'âge mûr ou la vieillesse commençante. L'hérédité a une grande influence.

La pathogénie est difficile à établir, néanmoins le système du grand sympathique paraît jouer un rôle important.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Le pronostic des états anxieux comporte une certaine gravité, néanmoins l'amélioration est possible. Le traitement peut être prophylactique et curatif. L'hydrothérapie a été vantée comme moyen prophylactique; quant à la médication pharmaceutique, la thérapeutique a été inspirée par la prédominance des troubles cardio-vasculaires (nitrite d'amyle, trinitrine, opium, bromure de potassium, chloral). On a vanté les bons effets de l'alimentation.

Le Président a adressé des remerciements bien mérités à M. Lalanne, et a donné la parole à M. Brissaud pour la discussion du rapport.

M. Brissaud a examiné la question, surtout au point de vue de la pathogénie de l'état anxieux qu'il rattache à une névrose pneumogastrique.

M. de Pery a exposé que la névrose d'angoisse et la psychose d'angoisse peuvent se confondre et il a présenté une observation à l'appui de sa thèse.

M. Dupré pense que le siège anatomique de l'angoisse est dans le bulbe. Il a montré la gravité du pronostic de l'angoisse dans la paralysie générale parce que la lésion atteint le trépied anatomique de Bichat.

L'étude de l'angoisse est intéressante au point de vue de la médecine légale, parce que les raptus anxieux provoquent des réactions dangereuses, suicide ou meurtre.

M. Dupré a terminé en parlant des bons effets de l'opium, déjà signalés par Schüle.

M. Arnaud a discuté la question au point de vue psychologique. Pour lui les anxieux sont des abouliques avant d'être de grands malades.

M. Pailhas a parlé des anxieux septiques.

M. Hartenberg a discuté la question de la névrose d'angoisse caractérisée par une surexcitation nerveuse

générale, un état d'angoisse chronique, des accès d'angoisse aiguë paroxystique, des équivalents de la crise d'angoisse. Les phobies se développent à la faveur de l'angoisse et leur objet n'est que la forme intellectuelle dans laquelle l'angoisse se justifie. Il a exposé ses recherches sur la pression artérielle et défendu, en présentant des observations à l'appui, l'autonomie de la névrose d'angoisse.

M. Giraud a parlé du rôle des hallucinations dans le développement de l'anxiété chez les mélancoliques.

M. Gilbert Ballet a repris la question de la névrose d'angoisse qui a une association avec la neurasthénie et avec la mélancolie qui reste souvent ce qu'elle est, mais dans quelques cas se transforme en mélancolie.

M. Doutrebente a contesté l'utilité de l'hydrothérapie froide indiquée par M. Lalanne dans le traitement des états anxieux.

M. Parant a exposé que si dans les névroses l'anxiété peut être le symptôme principal, il faut dans les maladies mentales distinguer diverses modalités.

Il y a des malades qui ne savent pas pourquoi ils sont anxieux. Ce sont les gémisseurs.

Il y a des hallucinés qui sont anxieux à cause de leurs hallucinations.

Il y a les malades à interprétations délirantes, qui, par exemple, se croient condamnés à mort, et s'imaginent, quand on ouvre une porte, qu'on va les conduire à l'échafaud.

Le traitement par l'opium à hautes doses a donné de bons résultats à M. Parant.

Il y a toutefois une dose qu'on ne peut pas dépasser, dose variant suivant les malades.

M. Régis a pris la parole pour rappeler la distinction qu'on doit faire entre les maladies émotives et les maladies intellectuelles. La névrose d'angoisse lui paraît

être un état de transition entre la neurasthésie et la mélancolie anxieuse.

M. Briand a vanté les avantages de la médication bromurée sous forme d'injections hypodermiques de sérum bromuré.

M. Marie a confirmé de son côté ce qu'avait avancé M. Briand.

M. Lalanne a ensuite eu la parole pour répondre aux diverses observations faites sur son rapport, et la séance a été levée.

Le soir une réception était offerte aux membres du congrès par la municipalité, dans les salons de l'Hôtel de Ville, avec échange de compliments entre le Président et le 1^{er} adjoint remplaçant le maire absent.

Telle fut la première journée du congrès de Grenoble.

L'ordre du jour de la séance du matin du 2 août appelait la discussion du rapport sur les tics en général et la parole fut donnée à M. Noguès pour l'exposé de la question.

Dans son rapport imprimé, l'auteur débute en exposant qu'il faut tout d'abord s'entendre sur ce qu'on doit entendre par tic, et il consacre un premier chapitre à l'historique de la question.

C'est au commencement du XVIII^e siècle que le mot a été employé pour la première fois ; mais c'est dans la seconde moitié du XIX^e siècle qu'une étude méthodique en a été faite. Le rapporteur s'est trouvé dans une situation un peu délicate, car au moment même où il présentait son travail MM. Meige et Feindel publiaient un traité très complet sur les tics ; mais, entre confrères courtois et aimables, l'entente est facile, et M. Meige avait très gracieusement communiqué son travail à son ami, notre ami Noguès.

Le chapitre II du rapport a pour titre : « Délimitation

du tic ». L'auteur sépare le spasme du tic, qu'il considère comme une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale prend ou a pris part et apparaissant chez des individus ayant un état mental particulier. Il étudie dans son chapitre III les caractères généraux des tics.

Le tic est un mouvement involontaire que néanmoins la volonté peut modifier. Un autre caractère est d'être habituel et M. Brissaud a pu dire que c'est une habitude morbide.

Il ne faut pas confondre pour cela avec les tics certains gestes habituels comme celui d'un jeune homme qui ne pouvait pas frapper une balle de tennis sans tirer la langue. On a discuté pour savoir si les tics étaient conscients ou inconscients. M. Noguès pense avec MM. Meige et Feindel, que dans les tics, la conscience intervient ou disparaît à des degrés et à des moments divers. Les tics sont coordonnés et systématiques, mais ils sont des sortes de perturbations fonctionnelles. La réaction motrice peut être une convulsion clonique, ou tonique comme dans le torticolis mental, par exemple. Il est fréquent d'observer chez le même malade plusieurs tics simultanés.

Le chapitre IV est intitulé symptomatologie des tics. Les diverses parties du corps, dit M. Noguès, peuvent être le siège de tics, d'où une très grande variété ; chaque malade, dit l'auteur, pourrait en créer un nouveau chaque jour. On voit à la face les tics des yeux, de la bouche, du nez, des mâchoires. Au cou les tics de hochement, d'affirmation, de négation, de salutation. Une variété curieuse est le torticolis mental. Il y a également les tics des membres supérieurs, du tronc, des membres inférieurs. Il peut y avoir aussi des tics qui sont des perturbations des fonctions organiques. Tels sont les tics de sputation, de déglutition, d'éruption, de vomissements et le tic aérophagique, pour le système digestif ;

le reniflement, le soufflement, le sifflement, etc., pour le système respiratoire, ou bien encore les tics du langage parmi lesquels se rencontre la coprolalie et l'echolalie. Enfin, c'est parmi les tics que se range la maladie de Gilles de la Tourette qui est, suivant l'expression de MM. Meige et Feindel, l'apogée des tics.

Comme symptômes accessoires des tics, on peut rencontrer des modifications, des réflexes, des troubles vaso-moteurs et des troubles de la sensibilité; mais, règle générale, le tic est indolore.

Dans le chapitre V, M. Noguès étudie l'état mental des tiqueurs. N'est pas tiqueur qui veut, disent MM. Meige et Feindel.

N'est pas tiqueur, le malade qui a une névralgie du trijumeau et dont la face est animée de contractions spasmodiques. N'est pas tiqueur, l'enfant qui par imitation reproduit des gestes intempestifs, ni l'individu qui a un clignotement des paupières sous l'influence d'un corps étranger dans l'œil.

Pour qu'il y ait tic, il faut que, la cause ayant engendré les mouvements ayant disparu, ceux-ci continuent à se produire sans raison et sans but. Le malade aurait pu réfréner ces mouvements en faisant intervenir sa volonté; mais chez le véritable tiqueur la volonté est impuissante en raison d'un état psychique spécial.

Les tiqueurs sont des déséquilibrés psychiques comme ils sont des déséquilibrés moteurs.

M. Noguès ne partage pas l'avis de MM. Meige et Feindel, que les tiqueurs ont un état mental infantile; il pense que l'assimilation de l'état mental de ces déséquilibrés avec l'état mental de l'enfance n'est pas d'une exactitude absolue. Les idées fixes, les obsessions, les phobies, ont des points de contact avec les tics. Il est fréquent de rencontrer le tic et l'obsession, non seulement dans la même famille, mais chez le même indi-

vidu. Plusieurs cas se présentent dans cette association chez le même sujet. Ou bien le tic et l'obsession ont chacun une existence propre, ou les deux syndromes ont des relations entre eux, soit que l'obsession donne naissance au tic ou que le tic donne naissance à l'obsession. Le chapitre se termine par un rapprochement entre les tics et les impulsions et M. Noguès arrive à cette conclusion :

Le tic ne serait-il pas lui-même une forme d'impulsion?

Le chapitre VI est consacré à la physiologie pathologique et à la pathogénie des tics. Deux théories sont en présence : celle de M. Brissaud, pour qui l'origine est corticale; celle de M. Grasset, qui place l'origine dans ce qu'il appelle le polygone cérébral.

Le chapitre VII a pour objet l'étude de l'étiologie. Il y a des causes provocatrices et des causes générales. Il faut un état psychique spécial, et ce qui a été dit précédemment dispense d'insister sur ce point. Il y a une association et des rapports des tics avec les névroses et les psychoses.

Le diagnostic (chapitre VIII) consiste surtout à distinguer le tic du spasme, des stéréotypies. Il faut également le distinguer de la chorée de Sydenham, du groupe des myoclonies et de l'athétose double.

Dans le chapitre IX, M. Noguès passe rapidement en revue l'évolution des tics, leur marche, leur durée, leur terminaison et leur pronostic. Le chapitre X est consacré au traitement. L'examen de la méthode qui porte le nom de traitement rééducateur est la partie la plus intéressante de ce chapitre.

M. Noguès a terminé son rapport par un index bibliographique des plus complets.

Après l'exposé du rapport la discussion a été ouverte. M. Meige a expliqué qu'en parlant d'infantilisme psy-

chique il a voulu appeler l'attention sur l'imperfection de la volonté chez les tiqueurs. Il y a chez eux insuffisance de l'action corticale, arrêt partiel du développement psychique, mais c'est la déséquilibration qui domine. La plupart des tiqueurs sont des dégénérés supérieurs, mais les idiots peuvent avoir eux aussi des tics. On doit dans l'origine des tics étudier les relations entre le développement des fonctions psychiques et des fonctions motrices. La plupart des tics apparaissent chez l'enfant ; il y a aussi les tics tardifs, ceux qu'on observe chez les aliénés et qui forment un groupe à part ; car ils sont d'origine corticale, mais ne doivent pas avoir le même mécanisme que les tics de l'enfant.

M. Grasset a ensuite exposé sa conception pathogénique des tics. Ils ont une origine corticale ; mais M. Grasset distingue dans le cortex, le centre grand O, psychique supérieur, point de départ des mouvements volontaires, et le centre polygonal, point de départ des mouvements automatiques. Une maladie psychique, a dit M. Grasset, n'est pas nécessairement mentale ; tout tiqueux est un psychique, mais n'est pas nécessairement un mental.

M. Cruchet a contesté qu'il y eût un état mental spécial du tiqueur pour que le tic existât. Il a également contesté le classement des tics et des spasmes tel que l'a présenté M. Nognès ; il y a pour M. Cruchet des tics organiques et des tics fonctionnels, les convulsions toniques ne doivent pas, à son avis, rentrer dans le cadre des tics, et il n'accepte pas comme tic le torticolis mental.

M. Obregia a dit qu'il avait observé des tics particuliers chez les paralytiques généraux et en a cité quatre observations.

M. Doutrebente a rappelé les travaux de Morel sur la

dégénérescence et cité des observations de tics chez les héréditaires et les dégénérés.

M. Pitres a exposé ses recherches sur les tics. Il croit que les tics peuvent être rattachés à d'autres états que les états de dégénérescence et a apporté une statistique basée sur soixante-dix observations personnelles. Il est d'avis que les tics toniques doivent être distingués des tics cloniques. Il s'est étendu sur l'étiologie des tics et leurs causes occasionnelles. On observe des formes rudimentaires. Il n'y a peut-être pas un enfant de cinq à six ans qui, à un certain moment, n'ait été sur le terrain des tics, en prenant des petits mouvements que les remontrances des parents font cesser. Chez un certain nombre de tiqueurs, le tic est suspendu par la vue du médecin. Certaines circonstances peuvent suspendre le tic, d'autres l'exagèrent.

Les tics observés dans la médecine vétérinaire sont très intéressants à examiner au point de vue étiologique. Le tic aérophagique du cheval est très contagieux et est classé comme vice rédhibitoire. Il y a dans cette contagion, influence de l'imitation. Le chien est sujet aussi aux tics et on a pu faire des expériences très intéressantes. On n'a pas trouvé de lésions, et le tic du chien n'est suspendu ni par la suppression de l'écorce cérébrale, ni par l'ablation des noyaux centraux.

M. Pitres a ensuite exposé ce qu'il a observé dans le traitement des tics par l'hypnotisme, par le rythme respiratoire, par l'immobilité.

M. Parant a communiqué l'observation d'un malade qui, à cinquante ans, a été pris de tic précédant un accès de dépression mélancolique, a guéri de sa mélancolie et de son tic, et, six ans après, a eu une rechute du tic et de la mélancolie. M. Parant appelle l'attention sur le groupe des tiqueurs âgés.

La discussion sur les tics a été reprise dans la séance

de l'après-midi. M. Rouby a apporté une observation de tic à la suite d'une éruption d'eczéma chez une petite idiote, état que les parents attribuaient à du mauvais vaccin.

M. Hartenberg s'est étendu sur la pathogénie psychologique des tics. C'est la répétition automatique de mouvements volontaires. Il distingue trois catégories :

1^o Les malades ne songent pas à suspendre leur tic ; ils y sont indifférents.

2^o Le malade voudrait, mais ne peut pas. La volonté est instable, insuffisante.

3^o Les malades veulent, mais alors ont de l'angoisse. Cette distinction paraît utile à M. Hartenberg au point de vue du pronostic et du traitement.

M. Joffroy a développé à son tour sa conception de la pathogénie des tics. Les centres nerveux ont des relations entre eux ; il y a les zones psychiques et les zones motrices. Il y a des actions inhibitrices et des actions excitantes des zones les unes sur les autres. Il y a action des centres psychiques supérieurs quand le mouvement est volontaire, et action des centres psychiques inférieurs quand le mouvement devient automatique. Des éléments différents entrent en jeu parce que l'excitation n'est pas toujours la même.

Chez les aliénés on observe des tics et des mouvements stéréotypés qui sont des mouvements de défense, et M. Joffroy cite une observation où, chez un aliéné, une hallucination était le point de départ d'un tic.

Certains tics peuvent avoir des conséquences graves. M. Joffroy a vu un tic déterminer une ulcération à l'avant-bras, puis la gangrène par oblitération de l'artère radiale.

M. Boissier a apporté des observations où les malades atteints de tic ont été pris d'idées de suicide.

M. Crocq a critiqué la distinction du spasme et du

tic fondée sur ce que le spasme serait la conséquence d'une lésion organique quand le tic ne serait qu'un trouble fonctionnel. On ne peut pas faire cette distinction au point de vue clinique, l'autopsie étant nécessaire pour faire le diagnostic. Le tic est un syndrome et doit toujours être considéré comme tel, quelle que soit son origine. Le tiqueur appartient à la catégorie des dégénérés; mais peut-on dire qu'il ait un état mental spécial? M. Crocq ne le croit pas. Les faits cités par M. Pitres sur le tic du chien ne peuvent pas servir à établir la localisation des tics chez l'homme, parce qu'il y a une différence énorme entre le système nerveux du chien et celui de l'homme. Les centres nerveux remontent à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale.

M. Briand a apporté des observations où l'obsession se trouvait associée avec le tic. Il est d'avis que les tics des aliénés doivent être étudiés à part.

M. Pierret a traité avec de grands développements la question des tics chez les aliénés. Il faut pour produire le tic un état psychique, un état psycho-sensoriel, et la mimique qu'on observe chez certains aliénés est bien un tic puisqu'elle répond à un état psycho-sensoriel.

Tant que la personnalité du malade n'est pas profondément atteinte, la mimique répond à l'état mental. Dans la démence, au contraire, le mouvement rythmé de la face n'exprime plus le caractère primitif du délire. Les tiqueurs ont des hauts et des bas. Le tic est en somme une convulsion. M. Pierret ne croit pas qu'on doive rechercher l'origine du tic dans la dégénérescence. Les états cérébraux sont généralement acquis et il n'est pas indifférent d'avoir une cicatrice cérébrale. Les intoxications jouent un grand rôle pour rappeler les symptômes des lésions antérieures, et l'on ne doit pas poser en axiome que le tic ne répond à aucune lésion.

M. Pierret a terminé son exposé en présentant une série de fort belles photographies montrant des tics chez les aliénés.

M. Bérillon a exposé que l'hypnotisme est un moyen de reconnaître l'état du sujet atteint de tic. S'il est hypnotisable, il est curable.

M. Gilbert Ballet a soutenu qu'au cours de la discussion on avait étendu outre mesure le domaine des tics. On ne doit pas considérer comme tics tous les mouvements répétés dans le même cadre ; ce sont des habitudes défectueuses. Le vrai tic n'est pas un mouvement involontaire. Il y a malaise, comme dans l'obsession, et angoisse chez le tiqueur quand il ne répète pas le mouvement après représentation mentale. Il faut éliminer les spasmes et les habitudes mauvaises ainsi que les divers mouvements des aliénés afin de pouvoir établir la thérapeutique du tic.

M. Bourneville a apporté une observation de tics chez une enfant. La guérison a été obtenue par le traitement moral secondé par la gymnastique et l'hydrothérapie.

M. Brissaud a défini ce qu'on doit appeler tic d'habitude, auquel on doit sous-entendre le mot morbide. L'habitude devient morbide quand elle n'est plus motivée. M. Brissaud a soutenu que le torticolis mental par ses caractères spéciaux était bien un tic. Les tiqueurs sont sur certains points comme les dégénérés et conservent de l'enfantillage si on ne veut pas employer le mot d'infantilisme.

M. Brissaud a contesté que le tic du cheval eût quelque chose de commun avec le tic de l'homme. Quant aux expériences citées par M. Pitres sur le tic du chien, il ne s'agissait pas d'un tic mais d'un spasm et c'était le noyau du facial qui était malade.

MM. Meige, Pitres, Brissaud, Obregia ont ensuite

échangé quelques observations et, après une courte réponse de M. Nognès, cette discussion où l'on avait eu une véritable série de leçons magistrales a été close.

Au cours de l'après-midi la discussion avait été suspendue pendant quelques instants pour régler diverses questions d'ordre intérieur.

On avait eu à Limoges la proposition de désigner le secrétaire général perpétuel chargé des publications du Congrès, tout en maintenant le secrétaire général local chargé de l'organisation matérielle de la session.

La Commission chargée d'examiner cette proposition a demandé d'ajourner la décision à prendre et par conséquent de conserver le *statu quo*. Admis sans discussion.

La ville de Pau avait été désignée comme lieu de réunion en 1903. Ce choix a soulevé des objections à cause de la coïncidence du Congrès international de Madrid dans la même année. Il a été décidé que la réunion de Pau serait reportée en 1904 et on a accepté la proposition de M. Crocq de faire la réunion de 1903 à Bruxelles.

Par acclamation on a désigné comme président M. Francotte et comme secrétaire général M. Crocq. On a ensuite désigné comme vice-présidents MM. Morel et Lentz, avec faculté au Comité belge de proposer au Congrès la nomination d'un plus grand nombre de vice-présidents.

On a fait choix pour le Congrès des questions suivantes :

1^e Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales. — M. Trénel rapporteur ;

2^e Histologie de la paralysie générale. — M. Klipfel, rapporteur.

La troisième question ayant trait à l'administration des asiles ou à l'assistance des aliénés a été laissée aux

soins du comité belge, le Congrès international d'assistance des aliénés qui doit se réunir à Anvers au mois de septembre pouvant soulever des questions à mettre au point dans notre prochain congrès.

Le soir avait lieu le banquet par souscription du congrès. Cette partie gastronomique du congrès n'a rien de scientifique, mais c'est une tradition qui a son utilité. On se trouve là dans l'intimité et, d'autre part, c'est un moyen de rendre une politesse, par quelques invitations, aux personnes qui ont fait acte de courtoisie à notre égard.

Le président du congrès avait voulu marquer sa présidence en offrant le vin, et en sa qualité de Bordelais avait fait choix d'un certain nombre de grands crus qui ne pouvaient être que fort appréciés, même par des profanes. Aussi, après les toasts officiels, M. Dupré, qui est à la fois professeur agrégé de la Faculté de Paris et poète à ses moments de loisir, s'est levé et a lu une petite pièce de vers, très applaudie et dont je ne résiste pas à la tentation de citer deux strophes :

Régis, s'il faut que nos repas,
Soient couronnés par un poème,
Aujourd'hui ne l'oubliez pas,
Le vrai poète, c'est vous-même.

Grâce à vous, échanson divin,
Nous avons eu mieux qu'un poète,
Le poème de votre vin
S'est répandu sur notre tête.

Je ne puis passer sous silence un petit incident. Chacun de nous avait reçu individuellement une invitation de l'administration de l'asile de Saint-Robert pour la visite de l'établissement le matin du lundi 4 août et pour le déjeuner offert par l'asile. Mais nous avions été avertis que les dames ayant accompagné leur mari au congrès ne seraient pas reçues à l'asile. Le Préfet de

l'Isère, qui avait accepté l'invitation au banquet du congrès, avait fort galamment levé son verre aux dames présentes et M. Briand profite de l'occasion pour exprimer le regret qu'on fut séparé des dames pendant toute la journée consacrée à l'asile Saint-Robert, quand ces dames partageaient la vie de leur mari dans les asiles d'aliénés. Les paroles de M. Briand furent converties de tels applaudissements que le Préfet se fit expliquer ce dont il s'agissait, et, mis au courant de la situation, ne voulut pas qu'il fût dérogé à l'usage. Il pria lui-même les dames de vouloir bien se considérer comme invitées au déjeuner de l'asile et le fit si gracieusement que nul ne pouvait conserver rancune de cette invitation un peu tardive.

La soirée a été complétée par un concert dont la principale artiste était M^{me} Bonnet, la femme de notre sympathique secrétaire général. M^{me} Bonnet, qui a une voix superbe a merveilleusement chanté le rêve d'Elsa de *Lohengrin*, la romance de Nadir des *Pêcheurs de perles*, et une vieille chanson dauphinoise, la *Maumariée*, qu'on lui a fait bisser, malgré l'heure avancée. On ne pouvait que remercier M^{me} Bonnet de sa charmante participation au congrès et elle nous faisait oublier la fatigue d'une journée fort dure.

Le dimanche 3 août était une journée de repos pour les travaux du congrès, mais une fort belle excursion avait été organisée. Excursion à La Mure par le petit chemin de fer de montagne si pittoresque à travers la gorge du Drac. Retour en voiture par les lacs de Laffrey, visite du château de Vizille, Uriage. Jolie journée favorisée par le beau temps.

Le lundi 4 août, visite de l'asile Saint-Robert. Les membres du congrès étaient reçus par le directeur administratif, M. Gex, qui a d'abord fait visiter la ferme et les installations agricoles; puis on a vu les services gé-

néraux, la cuisine où les aliments sont cuits par la vapeur, les bains et l'hydrothérapie qui sont fort bien installés et auxquels est annexé un service de désinfection (c'est la dernière création du Dr Dufour). Puis on a visité les quartiers de malades sous la conduite du médecin en chef, le Dr Bonnet. L'asile Saint-Robert subit la loi commune des asiles. La population augmente toujours et dépasse aujourd'hui mille malades. Le médecin en chef n'a pas de médecin adjoint pour le seconder. Un grand bâtiment est en construction pour désencombrer les locaux actuels et, à ce sujet, on n'a pu que déplorer la malheureuse idée de placer ce nouveau bâtiment devant le jardin du pensionnat des dames, enlevant ainsi à ces pensionnaires une vue magnifique sur le massif de Vercors. On a, de l'asile Saint-Robert, une des plus belles vues que l'on puisse rêver ; d'un côté le massif de la Grande-Chartreuse, de l'autre le Vercors, au fond les montagnes de Belledonne avec leurs glaciers. Le domaine de l'asile est très étendu et l'on trouve le moyen d'enlever toute vue à un pensionnat et de lui donner un excès d'ombre, quand le jardin a déjà l'inconvénient d'être humide, car l'eau ne manque pas à Saint-Robert avec sa ceinture de montagnes.

Je ne parlerai pas du déjeuner fort bien servi, d'ailleurs, en plein air, sous une belle allée avec la vue des montagnes. L'un de nous a rappelé qu'en 1891, une excursion avait été organisée à l'issue du congrès de Lyon pour visiter l'asile Saint-Robert, que nous avions alors trouvé un asile très bien tenu sous la direction du Dr Dufour, que dans la visite d'aujourd'hui nous avions vu des améliorations nouvelles, parmi lesquelles se trouve en première ligne le service des bains et d'hydrothérapie.

J'ai omis de dire qu'à notre arrivée à l'asile, chacun de nous avait reçu une petite notice avec le plan de

l'établissement, ce qui est le seul moyen de faire faire une visite fructueuse.

Après le déjeuner, pendant que les dames étaient reçues par M^{me} Bonnet, on s'est mis au travail. Une grande salle avait été disposée à cet effet et on a eu une séance de communications.

M. Marie a lu un mémoire fait en collaboration avec M. Picqué et intitulé : *Traumatisme et folie*. Les auteurs ont communiqué une série d'observations de traumatismes en rapport avec la folie consécutive des malades. La folie survenant immédiatement après le traumatisme guérit le plus souvent. Les folies tardives sont généralement des démences. M. Marie a ensuite présenté un certain nombre de crânes d'aliénés trépanés dont les observations ont été relevées avec le Dr Buvat.

M. Bourneville a fait une communication sur la trépanation dans l'épilepsie. Il a insisté sur l'inutilité et les dangers de l'opération, à moins qu'il ne s'agisse d'épilepsie traumatique, et alors il faut opérer le plus tôt possible. M. Bourneville a présenté à l'appui de sa communication des pièces anatomiques et des photographies et a provoqué une discussion à laquelle a pris part M. Obrégia.

M. Doutrebente a, sous le titre : « Désencombrement réalisé dans un asile d'aliénés français », indiqué les résultats obtenus par lui, à Blois, en renonçant à recevoir des aliénés de la Seine et en réservant tout l'espace disponible aux aliénés de Loir-et-Cher.

M. Bourneville a félicité M. Doutrebente, en rappelant que le devoir des administrations était d'assister d'abord les aliénés du département et en blâmant la spéculation qui consiste à chercher des ressources dans le prix de journée d'aliénés d'autres départements.

M. Mercier a fait une communication sur la ponction lombaire dans le diagnostic de la paralysie générale. *page*

Ce mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Joffroy, Marie, Régis, Dupré.

Un mémoire de MM. Truelle et Lwoff (absents), « Les malades qui peuvent vivre en liberté », a été déposé sur le bureau.

M. Larrivé a lu un mémoire : 1^o Sur les aliénés convalescents ; 2^o sur le traitement et l'éducation des enfants anormaux. Il a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Bourneville, Giraud, Doutrebente, Kéraval.

M. Chardon a apporté une observation de délire aigu à forme mélancolique rapidement mortel, et a fait connaître l'organisation du laboratoire de l'asile de Rennes.

M. Bérillon a fait une communication sur le traitement des buveurs d'habitude par suggestion ; il a provoqué une discussion à laquelle a pris part M. Régis.

La séance du matin du mardi 5 août a débuté par une série de communications.

M. Kéraval a lu un mémoire fait en collaboration avec M. Raviart sur le fond de l'œil des paralytiques généraux et ses lésions initiales. M. Joffroy dans la discussion de ce travail a communiqué ses observations personnelles.

M. Lannois a lu un travail en collaboration avec M. Paviot sur les lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet. Il a présenté de nombreuses et très belles photographies de pièces.

M. Oberthur a lu un mémoire intitulé : *Etudes sur les gliomes des centres nerveux, dessins et coupes.*

M. Cestau a communiqué un travail sur la sarcomatose du système nerveux central. Il a présenté à l'appui des dessins et des pièces histologiques.

M. Obrégia a communiqué un mémoire sur l'innerivation des vaisseaux de la pie-mère, recherches histologiques avec présentation de planches.

M. Joffroy a présenté les observations avec autopsie de deux frères atteints de paralysie générale à quelques mois de distance. M. Joffroy a insisté sur l'importance de l'hérédité dans la paralysie générale qu'il ne peut pas considérer comme une période terminale de la syphilis.

La parole a ensuite été donnée à M. Dupré pour l'exposé de son rapport sur les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.

M. Dupré a divisé son rapport en deux parties : étude étiologique et clinique de l'idée d'auto-accusation ; étude médico-légale des situations judiciaires créées par les auto-accusateurs. Dans la première partie il expose qu'en psychiatrie le terme d'auto-accusateur s'applique non seulement au malade qui avoue avoir commis un crime déterminé, mais encore au sujet qui porte sur lui-même un jugement défavorable. En médecine légale le terme d'auto-accusateur s'applique strictement au sujet qui se dénonce lui-même comme l'auteur d'un délit ou d'un crime dont il doit rendre compte à la justice.

Les idées d'auto-accusation apparaissent dans des affections très diverses que M. Dupré a classées ainsi :

Etats mélancoliques.

Etats de débilité, de déséquilibration, d'obsession, de paranoïa, liés à la dégénérescence mentale.

Etats oniriques des psychoses toxiques (alcoolisme, pyrexies, surmenage).

Etats délirants des névroses (épilepsie, hystérie).

Etats démentiels (paralysie générale, sénilité, encéphalopathies organiques).

En dehors de ces états pathologiques, M. Dupré signale les auto-accusateurs dont l'acte est motivé par des impulsions d'ordre sentimental pour se substituer au véritable coupable.

L'auteur du rapport examine ensuite l'auto-accusation dans chacun de ces états, ce qui forme une série de sous-chapitres. Il montre comment dans la mélancolie l'idée d'humilité, d'indignité, peut évoluer pour arriver à l'idée de culpabilité. C'est un véritable délire. Au contraire, dans les états de dégénérescence mentale les auto-accusateurs sont lucides et sont conscients de la fausseté de leurs déclarations. Le mélancolique auto-accusateur est sincère, le débile est menteur. Les dégénérés auto-accusateurs diffèrent beaucoup les uns des autres parce qu'il y a d'innombrables types de dégénérés; néanmoins on peut distinguer diverses catégories, les impulsifs et les vaniteux, les imbéciles moraux agissant dans un but intéressé, les obsédés qui ne vont généralement pas jusqu'à l'auto-dénonciation et dont les idées obsédantes n'ont, par conséquent, pas de conséquences judiciaires. Les paranoïques auto-accusateurs sont généralement des persécutés mélancoliques et souvent des alcooliques. C'est surtout dans les psychoses toxiques que l'on rencontre l'auto-accusation; M. Dupré s'est attaché à montrer le rôle des hallucinations terrifiantes et des hallucinations oniriques dans ces cas, et a fourni un chapitre très documenté sur le délire d'auto-accusation alcoolique. On a également quelques exemples d'auto-accusations chez les fébricitants typhiques. Ces mêmes idées peuvent apparaître dans les états démentiels, d'origine paralytique organique ou sénile; mais en général, elles sont mobiles, diffuses, incohérentes, absurdes et contradictoires. Elles paraissent très rares dans la démence précoce.

Dans les psycho-névroses, il faut faire la part de ce qui appartient à la névrose et à la dégénérescence mentale. Les hystériques sont tout à la fois éminemment suggestibles, très hallucinables et fréquemment amnésiques. L'hystérique peut émettre des accusations

fausses, mais presque toujours ces accusations visent antrui. L'auto-accusation hystérique a, en général, un caractère médico-légal assez particulier, c'est d'être presque toujours liée à une hétéro-accusation. L'aveu de culpabilité d'une hystérique est très souvent une révélation complexe, un roman criminel à double héros. M. Dupré rattache aux auto-accusations hystériques les aveux obtenus dans les procès de sorcellerie, des préten-dues sorcières.

Le caractère égoïste de l'épileptique est un terrain peu propice au développement de l'auto-accusation. Il y a toutefois une circonstance où l'épileptique devient son propre accusateur, c'est lorsque, après une impulsion homicide, l'assassin inconscient revient à lui et cherche des excuses en simulant la conscience de sa culpabilité.

Dans tout cet exposé, M. Dupré présente constam-ment des exemples et il a résumé ainsi cinquante-quatre observations dont un certain nombre inédites.

Dans sa seconde partie, l'étude médico-légale, l'auteur du rapport examine successivement la situation de l'auto-accusateur vis-à-vis de la loi et de ses repré-sen-tants, la valeur probante de l'aveu dans la législation française, passée et moderne, et dans certaines législa-tions étrangères ; les conséquences des auto-dénoncia-tions postérieures aux arrêts judiciaires ; la conduite de l'expert et du magistrat vis-à vis de l'auto-accusateur, enfin les conclusions statistiques médico-légales qui se dégagent de l'étude comparée des observations.

Les auto-accusateurs se recrutent par ordre de fré-quence d'abord chez les alcooliques, ensuite chez les dégénérés ; bien au-dessous de ces deux catégories figurent les états mélancoliques, l'hystérie et enfin les états démentiels. Environ les deux tiers des auto-accusations portent sur des crimes inexistant, dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le

dernier tiers se partage entre des crimes réels, mais le plus souvent impossibles à imputer à leurs préputés auteurs. Quelques cas s'appliquent à des crimes réellement commis et avoués par les coupables sous des influences d'ordre pathologique.

L'auto-accusation peut entraîner de regrettables conséquences judiciaires (condamnations injustes, longue prévention pendant une laborieuse enquête, action en justice inutile). Dans des cas exceptionnels dont un exemple est apporté par M. Dupré, une auto-accusation légitime, commise sous l'influence du remords, peut provoquer, par la révision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire.

La discussion a ensuite été ouverte et la parole a été donnée à M. Motet, qui a exposé l'embarras dans lequel se trouvent les médecins légistes dans certains cas d'auto-accusation. Il a cité quelques observations personnelles à l'appui.

M. Vallon a apporté deux observations d'auto-accusation se rapportant à des faits réels; la conclusion de M. Vallon est que l'on doit se montrer très réservé, que l'expert ne doit pas empiéter sur le rôle du magistrat, et faire simplement œuvre médicale.

M. Régis a exposé le rôle des obsessions et des impulsions pour déterminer dans certains cas l'auto-accusation.

MM. Giraud, Legrain, Rey ont, de leur côté, apporté des observations inédites et M. Ballet a parlé de la multiplicité des auto-accusateurs.

La séance de l'après-midi a eu lieu dans un endroit champêtre, au pont de Claix, sur le bord du Drac, après un déjeuner en plein air.

La discussion sur les auto-accusateurs a été reprise par M. Obrégia, qui a apporté deux observations où la toxicité urinaire a déterminé l'expert, dans un cas, à

se prononcer en faveur de la folie, et où l'absence de modification de toxicité chez un épileptique a fait conclure à la simulation.

M. Vallon a fait des réserves sur les conclusions de M. Obrégia ; M. Doutrebente a encore apporté une observation d'auto-accusateur, et après une courte réponse de M. Dupré, la discussion a été close.

M. Dupré a ensuite déposé sur le bureau une note de M. Paul Garnier, sur l'anxiété impulsive, son importance médico-légale, et la nécessité pour les magistrats de connaître cette forme de trouble mental.

La séance a été continuée par une série de communications :

M. Labatut. Des leucomaines de la matière nerveuse ; recherches chimiques sur la substance nerveuse.

M. Crocq. Communication sur les reflexes, réponse à des objections présentées l'année précédente au congrès de Limoges. La communication de M. Crocq a provoqué une courte réponse de M. Cestan.

M. Pailhas. Extension durable ou prolongée du gros orteil associée au signe de Babinski. Abduction ou écartement involontaire du petit doigt des mains observé dans les maladies de l'axe cérébro-spinal.

Le premier mémoire de M. Pailhas a provoqué une courte discussion de la part de M. Arnaud.

M. Devay. Traitement spécifique de la paralysie générale. L'iodure à haute dose a donné de bons résultats à M. Devay. Dans la discussion ouverte, M. Marie a indiqué que le sérum ioduré lui avait paru favorable.

M. Bonnet. La cure de désintoxication. L'auteur rapporte un cas de guérison d'un épileptique récent, traité par le régime lacté associé à la théobromine et la lactose. Le traitement était basé sur ce que les accidents convulsifs étaient liés à une auto-intoxication. Ce

mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Obrégia, Régis, Crocq.

M. de Péry. Dégénérescence et paralysie générale.

M. Dupré. Fausse grossesse chez une paralytique générale non hystérique.—Un cas de paralysie générale précoce héréro-syphilitique chez une débile de vingt-trois ans, observation avec autopsie.

M. Rouby. Les inventeurs de la Salette.

M. Ducosté. États neurasthéniques.

M. Deschamps. Des agents physiques et mécaniques dans le traitement des hémiplégies organiques.

MM. Laignel-Lavastine et Faure. De l'encéphalite dans les méningites.

M. Laignel-Lavastine. Recherches sur l'activité locale de la circulation de la peau chez les hémiplégiques et dans le syndrome de Raymond.

M. Crocq. Sur la catatonie. L'auteur ne considère pas la catatonie comme une entité morbide. Ce mémoire a provoqué une courte discussion de la part de MM. Dupré et Régis.

Enfin M. Arnaud a lu une note de M. Janet sur les obsessions et la psychasthénie et le président a prononcé la clôture des travaux.

Avaient été déposés sur le bureau, les auteurs étant absents au moment où leur communication était appelée, les mémoires suivants :

M. Maxwell. La paralysie générale au début devant la justice.

M. Henri Meige. La correction des tics par le contrôle du miroir.

Sur les géants.

MM. Faure et Constensoux. Le massage chez les tabétiques.

M. Faure. La pathogénie de l'épilepsie. Les origines du tabes.

M. Hartenberg. Nouvelles observations sur la névrose d'angoisse. Deux cas de paramyoclonus multiplex.

M. J. Voisin. Observations de démence épileptique spasmique chez les adolescents.

M. Gustave Durante. Processus histologique de l'atrophie musculaire.

MM. Cestan et Dupuy-Dutemps. Le signe d'Argyll Robertson dans les maladies du système nerveux.

M. Séglas. Des obsessions et de leur évolution vers le délire.

M. Raffegeau. Rapports de l'asthme avec les maladies mentales.

M. Verrier. Une question de médecine légale, relative aux aliénés.

M. Biaute. Sur les sorties refusées chez les aliénés.

M. Pierret. Les sillons maladifs des ongles chez les nerveux et chez les aliénés.

Le mercredi 6, une excursion avait été organisée à la Grande-Chartreuse, et dans le programme primitif, la séance de clôture consacrée aux communications individuelles devait avoir lieu à la Chartreuse. Cela ne manquait pas d'originalité, mais a soulevé quelques objections. D'aucuns ont donné à entendre que cette séance où l'on demanderait l'hospitalité aux Chartreux avait effarouché l'inspecteur général délégué, M. Ogier, qui s'était fait excuser par M. le Préfet de l'Isère. Nous avons peine à croire qu'on ait pu songer un instant à une manifestation de notre part. Nous aimons voir les beautés naturelles du pays et c'est tout. Or, la Chartreuse est un site merveilleux.

Quoi qu'il en soit, l'excursion à la Grande-Chartreuse a eu lieu, mais comme simples touristes. Arrivée en chemin de fer à Saint-Laurent-du-Pont ; le Dr Achard, installé dans le pays, nous avait assuré des voitures

pour Saint-Pierre-de-Chartreuse, retenu les chambres de ceux qui devaient faire le lendemain l'ascension du Grand-Son, fait, en un mot, avec beaucoup de bonne grâce, l'office d'un parfait fourrier. La modification du programme primitif a eu un petit inconvénient. L'excursion avec séance de communication intercalée comportait deux jours. La séance supprimée, bon nombre de membres du congrès, inscrits pour l'excursion, ont tenu à rentrer le soir à Grenoble par la route habituelle du Sappey, afin de disposer de leur journée du lendemain pour une excursion autre que le Grand-Son. On a accédé à leur désir ; mais les organisateurs de l'excursion se sont trouvés dans une situation un peu embarrassante vis-à-vis des hôteliers auxquels vivres et chambres avaient été commandés. Tout s'est néanmoins arrangé à l'amiable. Une autre caravane devait être organisée après le congrès à Bourg-d'Oisans, centre d'excursions dans la montagne, pour ceux qui pouvaient disposer encore de quelques jours. Cette partie du programme a encore été remplie ; mais je dois m'arrêter, car ce serait le touriste qui parlerait.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur la session de Grenoble, on voit qu'il y a eu une grosse somme de travail, qu'on y a reçu le meilleur accueil et fait un beau voyage dans un pays très pittoresque. La critique à faire est que le temps s'est trouvé un peu trop limité pour les communications particulières et qu'on a intercalé les communications comme on a pu, sans qu'il y eût d'ordre du jour distribué portant la liste des communications particulières annoncées. Je dois dire aussi qu'un certain nombre d'auteurs rendent difficile la tâche du bureau, soit en apportant des communications sans les avoir annoncées d'avance, soit en apportant des mémoires beaucoup trop longs, qui peuvent être imprimés *in extenso* dans le compte rendu, mais qui absorberaient la

moitié d'une séance, s'ils étaient lus en entier. Il est nécessaire qu'en pareil cas l'auteur ait un résumé de son travail à communiquer en séance.

Et maintenant, rendez-vous est donné à Bruxelles pour 1903. C'est la première fois que nos congrès vont sortir de France; mais nous sommes certains d'être bien accueillis. Les frères qui nous recevront ne sont pas des inconnus pour nous. M. Crocq ne promet pas de nous faire voir des montagnes avec des glaciers comme dans le Dauphiné; mais il y a d'autres belles choses à voir en Belgique et tout nous y promet une session des plus intéressantes.

A. GIRAUD.

Pathologie
LES
HALLUCINATIONS UNILATÉRALES

Par le Dr J. SÉGLAS

Médecin de l'hospice de Bicêtre

(Suite) (1).

III. — L'HALLUCINATION UNILATÉRALE, EN CONTRADICTION AVEC LES DONNÉES ANATOMIQUES, RESTE INEXPLICABLE. ELLE N'EXISTE PAS ET NE PEUT PAS EXISTER. EXAMEN CRITIQUE DE CETTE OPINION.

Quel compte doit-on tenir des faits décrits sous le nom d'*hallucinations unilatérales*?

Aucun, répond nettement M. Soury. « Ce ne serait, dit-il, rien objecter de valable, que de prétendre que les malades n'accusent d'ordinaire qu'une hallucination unilatérale de la vue et de l'ouïe. Les malades ne savent pas observer, et n'ont point mission de faire la science. Que d'hémianopsiques qui, sans être des hystériques, ne s'aperçoivent pas et ne se sont jamais aperçus de leur hémicécité! Si l'on songe au petit nombre d'*hallucinations unilatérales* que la science possède, et aux conditions dans lesquelles ces observations ont été faites

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1902.

pour la plupart, on inclinera sans doute à penser qu'avant de chercher à expliquer un fait aussi inexplicable que celui d'hallucinations unilatérales, il serait utile d'établir s'il existe. *Or il n'existe pas, parce qu'il ne peut plus exister que la cécité unilatérale et croisée par lésions centrales ou corticales de l'appareil de la vision.*

Pour brève qu'elle soit, cette critique ne laisse pas d'être d'une logique très serrée. L'insuffisance des données cliniques, les causes d'erreurs qu'elle signale ne sont malheureusement que trop vraies. Toutefois, il nous semble que certaines observations, tout au moins, sont suffisamment précises et détaillées pour mériter d'être prises en considération. Mais ce sont des points sur lesquels nous aurons à revenir.

L'argument principal de M. Soury pour rejeter l'existence des hallucinations unilatérales, c'est l'argument anatomique.

Il est certain que si l'on s'en tient au terrain anatomique sur lequel s'est édifiée la théorie de l'unilatéralité de l'hallucination par action croisée des centres sensoriels corticaux, la conclusion de M. Soury est aussi rigoureuse que possible.

Mais si l'unilatéralité n'est pas explicable par les données anatomiques des localisations cérébrales, cela nous oblige-t-il à nier, de ce fait, l'existence possible de l'hallucination unilatérale ? Ce serait comme si l'on niait l'existence de l'amblyopie unilatérale, parce qu'elle n'est pas explicable par des lésions corticales des centres visuels.

Cependant l'existence d'une amblyopie unilatérale est un fait clinique acquis, bien que son interprétation soit encore discutée.

Ne peut-il pas en être de même de l'hallucination visuelle unilatérale ?

L'anatomie seule est-elle donc capable de nous fournir le dernier mot de l'hallucination ? Et même, puisque M. Soury a surtout envisagé la vue, de nous expliquer dans ses divers modes le fonctionnement de l'appareil visuel ?

« La disposition organique, fait remarquer justement M. Parinaud, qui relie les deux moitiés homonymes de chaque rétine à l'hémisphère du même côté, est sans doute fort importante ; cependant elle nous donne une idée très incomplète des connexions qui relient les rétines aux centres visuels. Non seulement elle est impuissante à nous donner l'explication du fonctionnement de l'appareil visuel, mais elle est plus propre à nous égarer qu'à nous guider, dans cette étude. Ce fonctionnement suppose des connexions autrement complexes... »

« Du reste, ce n'est pas seulement dans l'anatomie descriptive qu'il faut chercher la disposition organique qui régit les phénomènes visuels, c'est surtout dans la structure intime du cerveau, dans la disposition et le fonctionnement des éléments nerveux... »

« Ce n'est pas, comme on le croyait, un fil ininterrompu qui relie l'organe périphérique aux centres cérébraux, mais une suite de chaînons, de neurones,

qui n'ont entre eux que des rapports de contact... »

• « En ce qui concerne l'appareil visuel, cette découverte nous permet surtout de concevoir comment s'établissent les connexions nerveuses si multiples et si complexes qu'implique son fonctionnement. Connexions qui sont de trois sortes : celles qui relient les différentes parties de l'appareil sensoriel de la vision ; celles qui relient les différentes parties de l'appareil moteur pour associer les différents mouvements des deux yeux ; celles qui relient l'appareil sensoriel et l'appareil moteur servant aux réflexes pour les associer dans la même fonction... »

« Le centre visuel cortical où aboutit la chaîne des neurones sensitifs n'est pas un centre isolé des parties voisines et nettement circonscrit. Chez les mammifères supérieurs, il affecte des rapports multiples avec les autres centres de la corticalité, rapports qui chez l'homme prennent une importance particulièrement grande (1). »

Ce sont ces connexions nombreuses qui assurent les relations fonctionnelles des deux yeux.

D'un autre côté il convient de bien préciser le rôle des centres dans la genèse de l'hallucination.

En effet, l'hallucination ne peut être considérée simplement comme « une sorte d'épilepsie » des centres sensoriels. Est-il vraiment permis d'identifier des mouvements convulsifs comme ceux de l'épilepsie aux images précises et intelligentes des hallucinations ?

Sans doute, la participation de tel ou tel centre de l'écorce, ainsi que l'a fort bien montré Tamburini, est une condition *nécessaire* de toute hallucination, mais elle n'en est pas la condition à la fois *nécessaire* et *suffisante*. L'hallucination ne doit pas être purement considérée comme un « délice des sensations », suivant une expression fréquemment employée. Cela ne peut être admissible que pour les formes les plus élémentaires de l'hallucination. Mais dans les formes les plus élevées, d'autres facteurs entrent en jeu, qui font de l'hallucination un phénomène psychologique très complexe et revêtant toutes les allures d'un véritable délire, dans le sens le plus général du mot (2).

Sans examiner ici en détail le mécanisme intime de l'hallucination en général, je rappellerai seulement qu'il

(1) Parinaud. — *Ann. d'oculistique*, 1897, t. II.

(2) J. Séglas. — *Rapport au Congrès de Nancy*, 1896, et *Congrès internat. de Psychologie*, 1900.

importe de ne pas perdre de vue les rapports respectifs unissant entre eux les différents centres et en vertu desquels la perception, comme l'hallucination d'un objet déterminé, supposent l'association de plusieurs images constituant l'idée de cet objet. Une perception ou une hallucination verbale supposent encore l'intervention d'autres centres spéciaux, ayant entre eux et avec les précédents les rapports les plus étroits et dont les images peuvent s'éveiller l'une l'autre. D'autre part, les images sensorielles de l'hallucination se trouvent en connexion avec des images musculaires qui prennent part aussi au mécanisme du phénomène et auxquelles Tamburini attribue même la projection extérieure de l'image hallucinatoire. Cette notion de la complexité de l'image hallucinatoire et de l'association de ses divers attributs est d'autant plus importante qu'aujourd'hui elle est devenue pour certains auteurs, beaucoup plutôt que son intensité, le véritable critérium de son objectivité (P. Janet, Souriau).

Mais l'étude des conditions pathogéniques de l'hallucination ne peut pas et ne doit pas s'arrêter là. Si nous ne pouvons plus à cet instant nous appuyer sur les données de la physiologie cérébrale, ce n'est pas une raison pour négliger le rôle de facteurs aussi importants que les facteurs psychologiques : l'attention, la croyance, la mémoire, l'association des idées, le contraste psychique, l'automatisme et la désagrégation psychologiques.

Le rôle de l'appareil périphérique lui-même, tout secondaire qu'il soit, n'est pas à dédaigner. Les excitations sensorielles peuvent être non seulement l'occasion de l'hallucination, mais elles peuvent aussi déterminer la forme sensorielle sous laquelle s'objectivera le travail mental qui préside à la genèse de l'hallucination (expériences du *crystal-vision*, du *shell-hearing*), et elles interviennent encore dans la localisation

extérieure de cette dernière à titre de points de repère.

Ces arguments, tirés de l'analyse psychologique du symptôme hallucination, montrent déjà que ce symptôme complexe n'est pas expliqué dans son ensemble par la seule excitation des centres sensoriels corticaux.

Ils sont d'ailleurs en accord avec les notions fournies par l'anatomie et la physiologie cérébrales.

Sans entrer ici dans la discussion des hypothèses émises sur l'unité ou la dualité fonctionnelle des centres de perception et de représentation (Munk, Henschen, Wilbrand, Vialet, Déjerine), sur le rôle respectif des centres de projection et d'association (Flechsig), il est tout au moins un fait à rappeler, c'est que le territoire cérébral qui reçoit les impressions visuelles, « la rétine corticale », ne constitue pas la sphère visuelle tout entière, c'est-à-dire cette région, beaucoup plus étendue, qui sert de substratum anatomique à la vision mentale.

Si, par exemple, la convexité du lobe occipital ou du pli courbe possède des fonctions en rapport avec la vision, il n'existe pas de preuve que jamais une lésion de ces régions provoque *par elle-même* la cécité, qui relève du centre optique en rapport avec la surface calcarine.

A côté du domaine de l'hémianopsie ou de l'anopsie corticales s'élève le domaine de la cécité psychique.

Cette distinction ne doit pas être perdue de vue lorsqu'il s'agit d'interpréter la pathogénie d'une hallucination. En pareille occurrence, quand bien même la clinique ou l'anatomie pathologique révéleraient une lésion du territoire calcarinien, cette lésion ne peut qu'agir à distance, au même titre qu'une lésion périphérique, sur les points de l'écorce d'où part l'hallucination. Mais elle ne coïncide pas avec la région, beaucoup plus étendue que le fond de la scissure calcarine, où se trouvent réalisées

les conditions fort complexes des hallucinations figurées, « les associations nécessaires et suffisantes à l'apparition de ces petits drames de la vision mentale » (Soury).

Nous abordons ainsi un domaine cérébral commun à toute hallucination un peu complexe, qu'elle soit bilatérale, hémioptique ou unilatérale ; et nous voyons, en ce qui concerne cette dernière, qu'on n'est pas plus fondé à s'appuyer sur des données anatomiques trop étroites pour l'expliquer que pour nier d'emblée son existence possible.

Jusqu'ici, nous n'avons eu en vue que la partie critique de notre tâche.

Mais, nous dira-t-on maintenant : « En admettant l'existence d'hallucinations unilatérales, quelle pourrait être leur interprétation ? »

Tel sera le point que nous allons aborder ; nous examinerons successivement les hallucinations visuelles, puis les auditives, en raison de cette particularité, signalée plus haut, que les premières se différencient le plus souvent sous la forme commune (hall. figurées), les secondes sous la forme verbale (hall. verbales).

IV. — L'HALLUCINATION UNILATÉRALE N'EST PAS UN PHÉNOMÈNE D'EXCEPTION. ESSAI D'INTERPRÉTATION PSYCHOLOGIQUE.

A. *Hallucinations visuelles.*

Les phénomènes que l'on trouve décrits sous le nom d'hallucinations visuelles unilatérales sont extrêmement variables et, par suite, ne sont pas tous justiciables d'une même interprétation. Aussi est-il nécessaire d'établir quelques distinctions.

Tout d'abord il importe d'éliminer une première caté-

gorie de faits (ce ne sont pas les moins nombreux) dans lesquels, en raison de l'existence de troubles sensoriels périphériques, du caractère rudimentaire des phénomènes prétendus hallucinatoires, on est autorisé à penser qu'il ne s'agit là que de sensations subjectives simples ou interprétées par le malade dans un sens symbolique.

Si même on ne s'adresse qu'à des cas dans lesquels l'hallucination semble évidente, sa localisation unilatérale est souvent vague, très discutable ou même erronée.

La notion de l'unilatéralité ne repose en fait que sur l'affirmation des malades. Sans doute les auteurs ne manquent pas à l'ordinaire de donner, comme preuve de la sincérité des sujets, la disparition de l'image hallucinatoire par l'occlusion de l'œil intéressé, alors qu'elle persiste si l'autre œil vient à être fermé seul.

Cette preuve, déjà inconstante, est loin d'être démonstrative. D'abord, parce qu'elle semble identifier l'hallucination à un fait de perception extérieure ; puis, en raison même de sa propre nature toute subjective, de la part trop étendue d'interprétation qu'elle laisse au sujet. Ajoutons que l'on a observé également la disparition d'hallucinations bilatérales par l'occlusion d'un seul œil (Pieraccini) (1).

Il est encore à remarquer que le sujet n'est pas toujours aussi catégorique qu'on pourrait le croire sur l'unilatéralité de son hallucination.

Dans certains cas, par exemple, l'image hallucinatoire est localisée par le sujet d'une manière assez vague « à sa droite », « sur le côté droit des objets », et ces faits sont cependant compris dans le groupe des hallucinations unilatérales. Pourquoi ? Rien ne prouve qu'il y ait là une hallucination visuelle unilatérale, monocu-

(1) Pieraccini. *Riv. sp. di fren.* Vol. XVIII, fasc. 2, 1892.

laire. On pourrait tout aussi bien supposer qu'il peut s'agir d'une hallucination visuelle bien banale, mais localisée tout simplement dans la partie indépendante du champ visuel de ce côté ; ou encore, dans certains cas, d'une hallucination hémioptique homonyme.

La chose est d'autant moins invraisemblable qu'alors même que le malade spécifie ne voir son hallucination que d'un seul œil, il peut se tromper et avoir en réalité, comme le remarque M. Soury, une hallucination hémioptique homonyme. Erreur d'autant plus explicable que l'œil droit voit surtout à droite, et l'œil gauche, surtout à gauche, si l'on considère l'étendue du champ visuel.

Cela n'est pas une pure hypothèse. Une observation due à M. Lamy est très démonstrative à cet égard (1).

La malade, syphilitique, racontait avoir eu en 1887 des accidents cérébraux graves avec perte de la vision de *l'œil gauche* qui guérit. En 1889, *l'œil droit* fut pris de la même manière que l'œil gauche l'avait été deux ans auparavant. A quelque temps de là, la malade éprouva de courtes absences pendant lesquelles elle aperçut *de l'œil droit*, dit-elle, une figure avec deux yeux qui la regardaient fixement.

Or, lorsque cette malade accusait des hallucinations unilatérales de l'œil droit, elle se trompait comme elle se trompait en accusant une amblyopie unilatérale du même œil. Un examen clinique attentif établit en effet qu'elle était atteinte d'hémianopsie homonyme droite, et que ses hallucinations visuelles avaient le même caractère, la figure étant vue, non pas par l'œil droit, mais un peu à droite de la ligne médiane, c'est-à-dire dans la partie abolie du champ de la vision.

De pareils faits sont à retenir. Ils montrent que

(1) Lamy. *Congrès des aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand, 1894.*

l'affirmation du sujet sur l'unilatéralité de ses hallucinations n'est pas une preuve préremptoire et peut être à l'occasion très légitimement révoquée en doute.

Mais il en est d'autres relatifs à des hallucinations visuelles bien caractérisées, sous une forme différenciée, figurée, et dans lesquels la perception de l'image hallucinatoire semble bien rester, pour le malade, unilatérale.

Ces observations sont assez nombreuses, assez précises et concordantes pour mériter quelque créance et pour nous autoriser à chercher une explication de ce phénomène, fût-ce en dehors de l'anatomie.

L'anatomie est-elle donc en mesure de nous expliquer tous les phénomènes de vision normale ou pathologique?

L'hallucination unilatérale, si difficile à expliquer qu'elle soit, est-elle donc un phénomène tellement exceptionnel que nous puissions lui refuser le droit d'exister, au nom de l'anatomie?

En aucune façon, et il existe nombre de faits très comparables, parfaitement admis en physiologie ou en pathologie, bien que l'on n'ait pu jusqu'à ce jour en fournir une explication définitive.

L'étude des relations fonctionnelles des deux yeux montre déjà que le mode de vision n'est pas toujours identique à lui-même (1).

Chez l'homme adulte, normal, le mode de vision habituel est la vision binoculaire. Ce qualificatif n'implique pas seulement la participation des deux yeux à l'acte de la vision. Le trait caractéristique de cette vision binoculaire est la faculté de percevoir en même temps les images binoculaires d'un objet et de les fusionner en une sensation unique (Parinaud).

Nous n'insistons pas ici sur ce mode de vision que

(1) Parinaud. *Loc cit.*

l'on retrouve dans l'hallucination visuelle dite bilatérale.

Un autre mode de vision est celui qui s'accomplit à l'aide d'un seul œil. C'est la vision *monoculaire* ou *alternante*.

C'est le mode de vision animale; mais il se rencontre chez l'homme dans différentes circonstances, les deux yeux étant ouverts.

En dehors des faits pathologiques (hystérie, migraine ophtalmique) la vision alternante existe même à l'état physiologique. Je ne ferai que mentionner à ce propos les expériences relatives à ce qu'on a appelé l'antagonisme des champs visuels, établissant que la vision alternante peut s'établir pour la totalité du champ visuel, non seulement lorsqu'on ferme alternativement chaque œil, mais encore quand les deux yeux sont ouverts.

Mais il y a plus et ces mêmes expériences démontrent encore que l'alternance peut s'établir pour certaines parties seulement du champ visuel (Helmholtz). C'est ainsi que se produit le mode de vision dite *simultanée*, dans lequel il y a alternance pour la vision centrale avec conservation de la vision simultanée des champs visuels.

Dans ce cas l'individu ne peut voir distinctement l'objet fixé qu'avec un seul œil à la fois. Mais l'autre œil, celui qui ne fixe pas, n'est pas pour cela exclu de la vision. Il perçoit tous les objets contenus dans son champ visuel et il extériorise normalement leurs images. Il est exclu de la fixation centrale, il ne l'est pas de la vision générale.

Même sur des yeux normaux, la vision simultanée peut se substituer dans certaines conditions à la vision binoculaire.

Sans aborder ici la question d'interprétation de ces phénomènes, ces brèves considérations nous montrent

du moins que le mécanisme présidant aux relations fonctionnelles des deux yeux n'est pas toujours le même.

Si du domaine physiologique nous pénétrons dans celui de la pathologie, nous y trouverons maints exemples analogues de troubles centraux de la vision, dans des conditions très comparables à celles qui président à la genèse des hallucinations.

L'amblyopie transitoire de la migraine ophtalmique qui se manifeste chez le même individu, tantôt sous forme hémioptique, tantôt sous forme d'amblyopie croisée, a été souvent invoquée comme la preuve de l'existence chez l'homme de deux types de vision distincts, binoculaire et monoclulaire, pouvant être intéressés isolément.

La vision monoclulaire se rencontre aussi chez des hystériques qui voient tantôt d'un œil, tantôt de l'autre. M. P. Janet (1), entre autres exemples, a rapporté le cas d'une hystérique chez laquelle la vision monoclulaire se substituait ainsi à la vision binoculaire dans certaines périodes de fatigue, quoique les deux yeux fussent ouverts et que chacun d'eux fût capable de voir isolément.

L'histoire des troubles de la vision chez les hystériques, celle de l'amaurose unilatérale en particulier, mérite d'ailleurs de fixer l'attention à propos de l'étude de l'hallucination unilatérale.

Est-il vraiment permis de bannir l'hallucination unilatérale du cadre de la sémiologie mentale, alors que l'on reconnaît une place dans la sémiologie nerveuse à une amblyopie unilatérale fonctionnelle, fût-elle en contradiction avec les données étroites de l'anatomie ?

Il est vrai que certains auteurs ont cru pouvoir attri-

(1) P. Janet. *Névroses et idées fixes*, t. I.

buer l'amaurose hystérique unilatérale à des troubles d'innervation vaso-motrice, déterminant soit une abolition de la conduction du nerf optique (Knies) (1), soit un vice de nutrition, une anémie de l'organe périphérique de la vision (Betcherew) (2).

Mais, si fondées que puissent être ces théories pour expliquer certaines formes d'amblyopie croisée, elles ne sont pas applicables à l'hystérie, parce qu'elles ne tiennent aucun compte des caractères cliniques tout différents, très particuliers, contradictoires de l'amaurose hystérique.

D'un autre côté, la connaissance même de ces caractères particuliers de l'amaurose hystérique unilatérale peut servir, au moins dans certains cas particuliers, à la connaissance du phénomène inverse, l'hallucination unilatérale.

Si, chez une hystérique amaurotique, on couvre l'œil sain, la malade ne perçoit rien, pas même la lumière d'une lampe, et cependant différentes expériences prouvent souvent que cet œil amaurotique voit quand les deux yeux sont ouverts.

Nous n'insisterons pas ici en détail sur ces expériences bien connues, celles du prisme, du stéréoscope, de la boîte de Flees, l'expérience du tableau et de l'écran, l'expérience de Snellen.

Nous ne retiendrons que la première, celle du prisme, car nous allons avoir l'occasion de la retrouver à propos des hallucinations unilatérales.

Cette expérience nous montre qu'un prisme placé devant l'un des yeux d'un sujet hystérique, atteint d'amaurose unilatérale, produit le dédoublement de l'objet fixé avec déviation de l'image correspondante.

(1) Knies. *Neurol. Centralbl.* 1893.

(2) Bechterew. *Neurol. Centralbl.* 1894.

Ainsi l'œil amaurotique, qui ne voit pas l'objet lors qu'on s'adresse à lui seul, perçoit cependant une image de cet objet lorsque la vision binoculaire vient à être sollicitée.

Or, la même expérience peut se reproduire, avec des résultats identiques, à propos des *hallucinations visuelles unilatérales provoquées* chez des hystériques. M. Fétré a constaté qu'en pareil cas l'interposition du prisme, les deux yeux restant ouverts, produisait le dédoublement de l'image hallucinatoire.

M. P. Richer est arrivé à un résultat identique. « Nous montrons, dit-il, à la malade, pendant l'état de somnambulisme, une carte blanche, en lui disant que sur cette carte se trouve un portrait qu'elle peut parfaitement distinguer de l'œil droit, par exemple, tandis qu'elle ne le voit pas de l'œil gauche. Afin de mieux préciser, nous lui fermons alternativement les deux yeux ; l'œil gauche fermé, la carte porte un portrait ; l'œil droit fermé, la carte reste blanche.

« Au réveil, l'hallucination persiste sous la même forme... Qu'arrive-t-il alors si nous plaçons un prisme devant l'un de ses yeux ? La carte est doublée et aussi le portrait. La malade affirme voir deux portraits. Et l'image déviée est placée conformément aux lois de l'optique, suivant la position, qu'à son insu, nous donnons au prisme. Le résultat est le même, que le prisme soit placé devant l'œil halluciné ou devant celui qui ne l'est pas. Cette expérience, à cause de son caractère contradictoire, a été répétée plusieurs fois par M. Fétré et par nous, et dans des conditions d'observation rigoureuse qui nous autorisent à la présenter comme un fait réel et bien établi (1). »

Trois faits sont à retenir de ces expériences : d'abord

(1) P. Richer. *Études cliniques sur la grande hystérie*, 1885.

la possibilité de provoquer chez l'hystérique des hallucinations visuelles sous la forme unilatérale ; puis le dédoublement par le prisme de l'image hallucinatoire ainsi déterminée et l'identité de ce résultat avec celui des expériences analogues dans les cas d'hallucinations visuelles provoquées sous la forme ordinaire, c'est-à-dire bilatérale.

Or, *la même constatation peut se retrouver dans les hallucinations unilatérales ordinaires spontanées et chez des individus indemnes d'hystérie.*

Elle est très nettement spécifiée dans une observation de Seppilli, tout particulièrement remarquable, car elle constitue en quelque sorte le prototype des observations d'hallucinations unilatérales.

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, intelligente, névropathe, *mais non entachée d'hystérie*, à tendances religieuses développées. Depuis plusieurs années elle était tombée dans un état de dépression profonde, avec intervalles d'anxiété, tendances au suicide, idées de possession, de damnation et de négation. Ces idées délirantes, seules à se manifester au début, se sont par la suite accompagnées d'hallucinations.

« A peine la malade tourne-t-elle le regard vers le côté gauche, qu'elle voit apparaître le diable en un point fixe de l'espace, à la distance d'environ un mètre de son corps. Elle le voit avec l'œil gauche seul. Il est grand, de couleur noire ; il a la physionomie méchante, des bras et des jambes courts avec des griffes, un buste long et étroit. Il remue les yeux et crache du feu. La vision ne se présente jamais en face, ni du côté droit. En fermant l'œil gauche, ou en transportant la malade dans une chambre obscure, l'image visuelle disparaît de suite. La malade entend aussi des voix qu'elle attribue au diable et qui lui disent distinctement : « Tu es une femme perdue, damnée pour toujours ; tue-

toi, le démon te possède. » Elle cesse de les percevoir si elle se bouche l'oreille gauche. Il est à noter que la malade entend des bruits et des sifflements, qu'elle voit des étoiles et des rayons lumineux des deux côtés, mais plus spécialement du côté gauche, où l'ouïe et la vue sont un peu diminués. L'examen ophtalmoscopique révèle une segmentation marquée du pigment avec hyperémie de la choroïde (1). »

L'auteur, qui accepte la théorie anatomique, s'est livré dans ce cas à une série d'expériences destinées à prouver qu'il s'agissait là d'hallucinations à point de repère. Parmi ces expériences que nous rapporterons plus loin, nous en retiendrons une pour le moment dont la valeur est d'autant plus grande qu'elle semble n'avoir pas frappé particulièrement l'esprit de l'observateur.

« Un prisme, dit-il, placé devant l'œil gauche fait dédoubler et dévier l'image hallucinatoire. »

Voilà une observation d'hallucinations unilatérales, visuelles, spontanées, la seule dans laquelle ce phénomène ait été étudié expérimentalement, dans laquelle nous voyons la vision de l'image hallucinatoire se modifier, devenir binoculaire, dans les mêmes circonstances que celle des hallucinations unilatérales provoquées, et même des hallucinations bilatérales.

D'autre part, les résultats de ces expériences sont absolument semblables à ceux que l'on constate par les mêmes procédés dans l'amaurose hystérique unilatérale.

Ces analogies ne sont-elles pas de nature à nous autoriser à appliquer à l'hallucination unilatérale l'interprétation de l'amaurose hystérique unilatérale?

NOMBREUSES SONT CES INTERPRÉTATIONS.

(1) Seppilli. *Riv. sp. di fren.* Vol. XVI, fasc. 1-2.

Nous laissons de côté les théories déjà citées de Knies et de Betcherew, qui ne tiennent aucun compte des caractères cliniques et psychologiques spéciaux de l'amaurose hystérique.

M. Pitres, considérant que les hystériques, amaurotiques d'un œil, voient des deux yeux dans la vision binoculaire, avait invoqué l'existence de deux centres corticaux de la vision, l'un préposé à la vision monoculaire, l'autre à la vision binoculaire, et pouvant être lésés l'un indépendamment de l'autre. Cette hypothèse peut être vraie pour certains animaux, mais jusqu'à ce jour les faits anatomiques ne permettent pas de la confirmer chez l'homme.

Une explication assez voisine de la précédente a été proposée par M. Parinaud, en se plaçant à un point de vue physiologique.

Pour lui, la vision binoculaire constitue une fonction spéciale, différente de celle qui préside à la vision monoculaire, et pouvant par suite subsister intacte, même quand l'autre vient à être atteinte.

Cette interprétation renferme certainement une part de vérité. Et du moment qu'elle n'est pas subordonnée à la conception d'un mécanisme physiologique étroit, elle se trouve précisée et complétée par les recherches de clinique psychologique sur l'état mental des hystériques.

Un nombre, aujourd'hui considérable, d'observations et d'expériences a prouvé qu'il existe chez ces malades un affaiblissement notable de la synthèse mentale, de cette fonction qui consiste à réunir en une même conscience, à assimiler à la conscience personnelle, des images, des sensations, des idées d'origines différentes. C'est dans cette perte de la perception personnelle, dans ce rétrécissement du champ de la conscience, que réside l'explication des caractères de nombre de stigmates ou

d'accidents hystériques, les anesthésies par exemple.

Ces anesthésies ne sont que des anesthésies fausses apparentes. En réalité, la sensation élémentaire est perçue, mais elle n'est pas assimilée par cette forme supérieure de la perception dite perception personnelle. Elle reste en dehors du champ de la conscience ; elle est subconsciente.

L'amaurose hystérique partage ces caractères. C'est une fausse amaurose. Chez l'hystérique amaurotique l'appareil sensoriel de la vision binoculaire proprement dite continue à fonctionner, quoique inconsciemment. Il n'a pas la vision consciente, mais il voit en réalité de son œil amaurotique, et cela non seulement dans la vision binoculaire, *mais même dans la vision monoculaire de l'œil intéressé*. Certaines expériences le prouvent d'une manière indéniable.

Cette interprétation de M. P. Janet (1) se rapproche quelque peu de celle de M. Bernheim, d'après laquelle l'amaurose unilatérale hystérique serait une fausse amaurose résultant de la neutralisation inconsciente de l'image visuelle perçue.

On a souvent opposé l'une à l'autre ces trois interprétations, anatomique, physiologique, psychologique. En réalité, elles ne sont nullement contradictoires, ni exclusives l'une de l'autre. Leurs différences apparentes résultent surtout du point de vue envisagé ; que l'on considère respectivement le système de neurones qui doit constituer l'appareil sensoriel et conscient de la vision binoculaire, ou bien la fonction de ce système, ou enfin les troubles qui peuvent rétrécir, plus ou moins, le champ de conscience de cette fonction (Antonelli).

La théorie psychologique a du moins, à notre avis,

(1) P. Janet. *L'état mental des hystériques*, Biblioth. Charcot-Debove.

un avantage, c'est d'envisager les faits sous leur aspect le plus large, en considérant la vision binoculaire, non seulement comme un mécanisme de rapports, mais comme une fonction psychique d'ordre supérieur exigeant sans doute des appareils plus ou moins parfaits, mais surtout le fonctionnement complet des groupes cellulaires et des fibres d'association qui constituent l'appareil visuel cortical tout entier.

Dès lors ne sommes-nous pas conduits logiquement à interpréter de la même façon l'unilatéralité de l'amaurose hystérique et de l'hallucination visuelle, par un fait d'abstraction des images fournies par l'un des yeux et qui restent subconscientes ?

Pourquoi l'hallucination unilatérale, tout aussi bien que l'amaurose, ne résulterait-elle pas d'un désordre psychique d'ordre supérieur, d'un trouble de la conscience dans le domaine de la vision binoculaire, puisque, dans toutes les deux, nous voyons cette fonction se rétablir lorsqu'elle vient à être sollicitée, et les perceptions extérieures, comme l'hallucination, se manifester dans certaines expériences sous leur forme habituelle.

Mais, pourra-t-on nous dire, l'amaurose unilatérale hystérique, tout en étant transitoire, est du moins, pendant sa durée, un mode de vision uniforme, portant sur tous les objets. Dans l'hallucination, au contraire, l'unilatéralité de la perception visuelle ne porte que sur l'image pathologique hallucinatoire. Pour les autres objets, les malades ne notent aucune modification dans leur mode de vision qui conserve pour eux sa forme habituelle, binoculaire. Si l'on peut admettre que la conscience de la vision binoculaire puisse être rétrécie de telle façon que cette altération porte sur l'ensemble des perceptions visuelles, comment admettre un fait de dissociation tel qu'elle puisse se limiter, se systématiser à certaines d'entre elles à l'exclusion des autres ?

Or, si étranges qu'ils puissent paraître, des exemples de dissociation analogues n'en ont pas moins été signalés (1). Dans un mémoire très intéressant et très étudié, Antonelli a rapporté des cas de dissociation de la vision binoculaire chez les hystériques permettant, par exemple, au malade la lecture et lui refusant d'autres perceptions binoculaires.

Ces faits rentrent pour l'auteur dans le groupe des *anesthésies systématisées*, qui sont en général fréquentes dans l'hystérie, mais qui ne sont pas toujours mises en lumière, et, comme l'amaurose unilatérale, relèveraient d'un trouble de la conscience, de la perception personnelle.

D'un autre côté, les faits désignés sous le nom d'*hallucinations négatives*, dans lesquels un sujet peut perdre la vision d'une personne, d'un objet déterminé, alors qu'il conserve la vision de tous les autres, sont encore des exemples de dissociation de la vision binoculaire, d'anesthésie systématisée.

Or, dans une communication au dernier Congrès de psychologie (2), M. Liégeois a démontré que dans les hallucinations négatives, les sujets qui semblent ne pas voir *voient*, ne pas entendre *entendent*, mais qu'ils voient et entendent *inconsciemment*.

Il est d'ailleurs à remarquer que dans les expériences de MM. Féré et P. Richer, citées plus haut, l'unilatéralité de l'hallucination visuelle d'un côté comporte nécessairement, comme corollaire, une hallucination négative de l'autre côté. Cependant ce côté lui-même devait voir inconsciemment, si l'on se rappelle le dédoublement de l'image hallucinatoire par l'interposition du prisme devant l'un des deux yeux.

(1) Antonelli. *Arch. d'ophtalmologie*, avril 1897.

(2) Liégeois. *Congrès international de Psychologie*, 1900.

Tout cela nous semble bien concorder pour prouver l'existence d'une dissociation possible de la vision binoculaire, et que ces faits d'anesthésie systématisée de l'appareil de vision binoculaire, comme ceux d'anesthésie complète, reconnaissent une commune origine, dans une altération de la conscience, de la perception personnelle.

Si tel est le mécanisme central de l'unilatéralité d'une hallucination, il nous reste à rechercher comment, par suite de quels processus, il peut arriver à se caractériser sous cette forme spéciale.

La psychologie expérimentale ne nous montre pas seulement quel est le mécanisme psychique qui tient sous sa dépendance l'amaurose hystérique, elle nous renseigne aussi sur la façon dont elle arrive à s'installer. Tantôt par la progression de cet affaiblissement de synthèse psychique qui, d'un état de simple distraction plus ou moins fréquent ou prolongé, arrive à la désagrégation permanente ; tantôt en vertu d'une de ces idées fixes inconscientes, ayant leur origine dans une émotion, dans une association d'idées ou d'images, qui souvent, non seulement tiennent la cécité sous leur dépendance, mais *encore dictent sa localisation*.

Dans cet ordre d'idées, il est, en ce qui concerne les hallucinations visuelles unilatérales, une remarque intéressante. C'est que, la plupart du temps, elles rentrent dans la catégorie des *hallucinations dites à point de repère*.

Cuylits a rapporté l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, plusieurs années auparavant, avait souffert d'une blépharo-conjonctivite de l'œil droit et avait de cet œil la perception de flocons de neige et d'opacités mobiles avec diminution de l'acuité visuelle. Atteint de délire démonomaniaque, il eut une halluci-

nation visuelle sous la forme du diable qu'il voyait seulement de l'œil droit, vers le point où il dirigeait le regard. En fermant l'œil droit, l'image disparaissait. A la suite d'une série d'expériences, il arriva à être convaincu que le démon qu'il voyait n'était que la transformation des points obscurs de sa vision, et l'hallucination disparut alors (1).

Cette observation montre bien déjà la superposition de l'hallucination à un point de repère, antérieurement à l'expérience, puisqu'elle suivait le regard, c'est-à-dire le point mobile.

Une autre, tout à fait démonstrative à ce point de vue, est celle de Seppilli, déjà citée. Voici ce qu'il a constaté chez sa malade à propos de son hallucination visuelle.

1^o En plaçant un corps opaque, en guise de diaphragme, entre les yeux de la malade et l'endroit où surgissait l'image hallucinatoire, celle-ci disparaissait entièrement ;

2^o Un prisme placé devant l'œil gauche dédouble et fait dévier l'image hallucinatoire ;

3^o L'image hallucinatoire se rapproche ou s'éloigne, grandit ou se rapetisse, suivant que la malade la regarde à travers l'oculaire ou l'objectif d'une jumelle ;

4^o En plaçant la malade devant une grande glace, elle voit l'image hallucinatoire reproduite en un point identique et symétrique, de telle sorte qu'elle apparaît double, comme cela arrive pour un objet réel.

Ces résultats concordent parfaitement avec ceux des expériences de M. Binet sur les hallucinations à point de repère des hystériques (2).

(1) Cuylits. *Ann. de méd. ment. de Belgique*, cité par Seppilli, *loc. cit.*

(2) A. Binet. *Rev. philos.*, avril et mai 1884.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les hallucinations unilatérales s'accompagnent très fréquemment de troubles divers de l'appareil sensoriel périphérique du même côté.

Quel est le rôle de ces troubles sensoriels périphériques ? Il varie évidemment suivant les cas. Mais on peut en résumer l'action d'une façon générale, en disant qu'ils peuvent intervenir pour provoquer, entretenir et localiser le processus hallucinatoire.

Comment s'exerce cette triple influence ?

Pour les partisans de la théorie d'un trouble fonctionnel d'un seul hémisphère, cela était très simple.

La lésion périphérique serait le point de départ d'une excitation centripète qui se transmettrait par le nerf optique jusqu'au centre cortical de l'hémisphère opposé. Là prendrait naissance l'hallucination qui, en vertu de l'action croisée des hémisphères, retournerait s'extérioriser par voie centrifuge du côté de son point de départ.

Nous avons vu précédemment que cette interprétation se trouve en désaccord avec les données anatomiques actuellement en vogue.

Puis, il est à remarquer que, à côté de cas où la lésion périphérique semble bien témoigner de la participation du nerf optique, il en est d'autres où elle n'intéresse pas directement la rétine, mais les autres parties de l'œil, conjonctive, cornée, cristallin, corps vitré ou même les téguments externes.

On a pu démontrer expérimentalement qu'une excitation sensorielle légère et vague suffisait à déterminer la forme sensorielle sous laquelle se manifestait le travail intellectuel présidant à la genèse de l'hallucination (*crystal-vision, shell-hearing*).

Dès lors, on s'explique aisément que les troubles d'un appareil sensoriel périphérique puissent chez un sujet hallucinable déterminer à la fois l'hallucination,

sa forme sensorielle et même lui servir à l'occasion de point de repère *intellectuel*.

Parmi les facteurs de la vision binoculaire parfaite, il en est un qui joue certainement un rôle capital, c'est *l'attention*. Le rôle de la distraction dans la genèse de l'amaurose hystérique est un fait aujourd'hui bien connu ; et, comme le remarque le Dr Antonelli, lorsqu'on veut démontrer en ce cas la persistance de la vision binoculaire, c'est aux épreuves qui sollicitent le mieux l'attention qu'il faut s'adresser.

Le même fait se passe dans l'hallucination unilatérale. L'attention nécessaire à la vision binoculaire parfaite se trouve dérivée sur les phénomènes subjectifs que l'on voit presque toujours préexister depuis un temps assez long. Vis-à-vis d'eux le malade se trouve en quelque sorte dans un état qui rappelle celui de l'attention expectante. Le fait est des plus nets dans certaines hallucinations unilatérales auditives où l'on voit les sujets se préoccuper, presque à la façon des hypocondriaques, des troubles subjectifs qu'ils ressentaient depuis longtemps.

Cette image sensorielle fixe, cette topoalgie spéciale joue ici un rôle très comparable à celui des idées fixes subconscientes qui, si elles ne créent pas l'anesthésie de toutes pièces, peuvent très bien déterminer des limites à ses localisations, surtout lorsque celles-ci sont précises et singulières (P. Janet).

Lorsque l'hallucination viendra à apparaître, elle trouvera donc ainsi préparée cette dissociation de la conscience systématisée dans le sens nécessaire à assurer son unilatéralité.

Que l'attention, au contraire, se trouve assez fortement sollicitée dans le sens de la vision binoculaire, celle-ci reparaît comme dans l'expérience du prisme que nous avons citée.

Les troubles subjectifs périphériques peuvent faire

défaut sans que le mécanisme fondamental soit changé pour cela. Et le point de repère, la localisation unilatérale de l'hallucination, peuvent résulter d'une série d'associations plus ou moins complexes et conscientes, comme celles qui interviennent bien souvent dans la production et la localisation de l'amaurose unilatérale hystérique.

M. Régis a rapporté le cas d'une jeune femme hystérique, atteinte de mélancolie avec idée fixe : « Elle ne pense qu'à son enfant qu'elle a perdu depuis quatre ans et voit sans cesse à son côté le trou béant où il a été enseveli. Comme elle aperçoit toujours ce trou à gauche à 30 centimètres de son pied, je me suis demandé, dit l'auteur, s'il ne s'agissait pas là d'une hallucination unilatérale. La malade, elle, n'a pu me dire si elle le voyait des deux yeux ou d'un seul œil ; mais, en lui fermant les paupières l'une après l'autre, j'ai remarqué que l'occlusion de l'œil droit ne modifiait pas l'hallucination, qui disparaissait au contraire immédiatement par l'occlusion de l'œil gauche. Il existait de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle à gauche et un rétrécissement du champ visuel plus marqué de ce côté (1). »

Ce cas réalise presque une expérience. Et cette hystérique, qui d'elle-même n'avait pas remarqué si elle voyait son hallucination des deux yeux ou d'un seul œil, sollicitée par l'expérimentation, ne pouvait manquer de localiser son hallucination dans l'œil correspondant au côté où elle la voyait et de la supprimer par l'occlusion de cet œil, par suite de cette logique inconsciente, si fréquente chez ces malades : chaque œil pour elle devait naturellement voir de son côté, et elle devait être d'autant plus portée à mettre son hallucination de ce côté, qu'il était déjà le siège des autres troubles de la sensibilité.

(1) Régis. *Congrès de Nancy, 1896.*

Bien que ceux-ci soient d'ordre anesthésique, la chose n'a rien de surprenant chez une hystérique. Les hystériques semblent avoir le monopole de ces contrastes, et cela n'est pas plus extraordinaire que de voir une hystérique présenter des spasmes de la convergence, quand elle est d'autre part incapable d'exercer la vision binoculaire (1).

Les faits de ce genre nous montrent bien quelle influence peuvent avoir les points de repère sur la localisation unilatérale de l'hallucination.

Ils peuvent servir aussi à expliquer ceux moins fréquents dans lesquels l'hallucination siège du côté le moins atteint. C'est surtout alors que l'influence des facteurs psychiques est le plus évidente.

La disparition, notée dans certaines observations, de l'hallucination par l'occlusion de l'œil intéressé, ne paraît pas incompatible avec cette interprétation. Soit que cette manœuvre provoque la rupture des associations préétablies en supprimant simplement le point de repère ; soit qu'éveillant ces tendances logiques inconscientes, si développées chez les psychopathes, elle suscite de nouvelles associations antagonistes, aboutissant à la disparition de l'hallucination. Mécanisme analogue à celui que l'on a invoqué pour expliquer la disparition d'hallucinations bilatérales par l'occlusion d'un seul œil (Pieraccini) (2).

Nous aurons l'occasion, à propos des hallucinations auditives, de compléter l'étude des points de repère et de l'influence à ce sujet des facteurs psychiques.

(A suivre.)

(1) P. Janet. *Névroses et idées fixes*, t. I.

(2) Pieraccini. *Loc. cit.*

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

CHAPITRE II

DU SUICIDE DANS LES DIFFÉRENTES FORMES D'ALIÉNATION MENTALE.

§ I. — *Du suicide dans la mélancolie.* — Dans les différentes formes de la mélancolie, la tendance au suicide se rencontre avec une fréquence remarquable, le *tedium vitae* paraissant être le corollaire obligé des conceptions délirantes. C'est ainsi que Farghusson (2), analysant à ce point de vue 730 cas de mélancolie, constatait que la tendance au suicide existait dans la proportion de plus de 65 p. 100, et il notait que dans plus de la moitié des cas où se rencontrait cette tendance il y avait au moins une tentative. De notre côté, dans la petite statistique que nous présentons, nous arrivons à une proportion sensiblement inférieure, soit 40 p. 100. Brierre de Boismont s'étonne que les tendances au suicide ne se manifestent pas plus souvent chez les aliénés

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901, et janvier-février, mars-avril et mai-juin 1902.

(2) Farghusson. *Journal of mental science* (in *Arch. neurol.*, 1895, p. 158).

mélancoliques (1) : « Une remarque dont personne ne contestera la justesse, c'est qu'il y a lieu de s'étonner qu'au milieu d'idées terrifiantes, presque toujours combinées, deux, trois, quatre et plus, ensemble, les tentatives ne soient pas encore plus fréquentes ». Il est certain que le mélancolique qui se croit ruiné, déshonoré, menacé de cruels tourments, doit nécessairement et logiquement penser à se débarrasser, par la mort volontaire, d'une existence misérable. Mais l'instinct qui nous rattache à la vie est si puissant qu'il met un frein à cette tendance funeste. Si l'idée suicidaire apparaît, elle est aussitôt réprouvée par beaucoup de mélancoliques, au nom de cet instinct même ou par des considérations familiales ou religieuses. Quelquefois aussi, la volonté considérablement affaiblie ne permet pas de passer à l'exécution de l'acte.

Quelles sont les formes mélancoliques où la tendance au suicide se rencontre de préférence? On peut dire, qu'en général tous les mélancoliques, depuis le mélancolique simple jusqu'au mélancolique stupide ou anxieux, peuvent manifester cette tendance ; mais plus l'accès hypémaniaque est accentué, plus l'état hallucinatoire est intense, plus aussi la propension au suicide se montre accusée.

Dans les états mélancoliques simples, avec conservation partielle ou totale de la conscience, les idées de suicide se montrent fréquemment, mais il est assez rare qu'il y ait des tentatives : les malades réagissent d'habitude contre ces idées.

Dans la mélancolie stupide, les suicides sont rares ; mais quelquefois la stupidité cache un délire anxieux très actif (Baillarger) et les tentatives sont alors à redouter.

(1) Brierre de Boismont. *Suicide et folie suicide*, p. 344.

C'est dans les formes anxieuses que la propension au suicide est remarquable, surtout s'il s'y joint un état hallucinatoire terrifiant. L'existence des malheureux anxieux est faite de tels tourments que la mort leur apparaît comme seule désirable.

Obs. XLVI. — Une hypémaniaque anxieuse nous écrit une longue lettre ; en voici quelques passages : « Les nuits, très souvent, j'ai des cauchemars ; on m'attaque, on m'étreint, on me poursuit et je m'éveille remplie d'effroi, me demandant où je suis. Quelle vie pénible, mon Dieu ! Que c'est triste et que je serais heureuse d'en voir la fin, car, maintenant, je ne crois plus à la guérison et le désespoir s'est emparé de moi !... Quand je suis à la chapelle, on me dit : « Comment oses-tu mettre les pieds ici, femme de bandit, et toutes sortes de choses pénibles ; et dire que je ne peux presque plus y prier ? J'en arrive à croire que je suis une grande coupable, que j'ai commis tous les méfaits... Je crois que mon enfant meurt de faim et je ne puis lui donner un morceau de pain. Que je souffre ! C'est horrible ! Il me semble que mon mari m'appelle à lui pour faire de moi une femme de bandit et je suis persuadée que pour opérer sans scrupule dans ce triste métier il faut commencer par les lieux saints, voler les églises, briser les statues des saints, profaner les tabernacles, et qu'une fois ces forfaits accomplis on doit continuer sans scrupule dans le monde ce que l'on a commencé dans les lieux saints. Je ne sais pourquoi j'ai des idées semblables, c'est affreux ; mon tourment est continual. Je sens que je suis le jouet du mal, qui, chez moi, augmente au lieu de diminuer. Ne croyez-vous pas que la mort serait la bienvenue : elle mettrait au moins un terme à cette torture morale. Je me crois capable d'exécuter les idées que me suggère mon imagination exaltée. Que vais-je devenir ? Ayez pitié de moi, ordonnez, j'obéirai aveuglément. » Cette femme fit dans la suite trois tentatives de suicide.

Obs. XLVII. — Femme âgée de vingt-neuf ans. Mère excessivement nerveuse et impressionnable, tremble en parlant aux personnes qu'elle ne connaît pas et a presque de l'aphasie émotionnelle. Père porté à la mélancolie.

Bonne santé habituelle, sujette à des idées noires pour le motif le plus futile, vif chagrin à la suite d'un mariage manqué.

Mélancolie anxieuse sans idées délirantes ni hallucinations, avec conservation partielle de la conscience.

Ne peut plus s'occuper, ne sait plus vouloir, se souvient incomplètement, se plaint dans ses idées noires, s'analyse, a peur de tout sans cause, montre des scrupules exagérés, manifeste un dégoût profond pour la vie. C'est dans ces conditions qu'elle fait trois tentatives de suicide; une fois, elle a cherché à s'étrangler; une autre fois, elle s'est précipitée par la fenêtre; une troisième fois, elle a essayé de se couper le cou. Elle est internée en juillet 1897.

3 août. Dans la nuit, la malade étant parvenue à se débarrasser de la camisole de force a tenté de s'étrangler en se serrant le cou avec les cordons de la camisole.

7 août. Nouvelle tentative de suicide. La malade s'est fait au cou une blessure assez profonde, mais n'intéressant sérieusement aucun organe.

10 septembre. A tenté plusieurs fois de se faire du mal sans y arriver.

C'est alors que dans ses paroxysmes mélancoliques et au moment de ses nombreuses tentatives, elle écrit lettre sur lettre à ses parents. 11 août : « Suis perdue, délirante, ne me laissez pas pour ma vie clouée sur un lit, ne m'abandonnez pas, par pitié ». — 17 août : « Papa, maman, à mon secours, par pitié, je ne comprends plus, mon cerveau est perdu, mon mal est incompris et sans remède. Je ne sais plus où je suis, ni qui je suis; pitié! pitié! ». — 21 août : « Par pitié, laissez tout pour venir me chercher, ne m'abandonnez pas, accourez vite. A mon secours! vite, par pitié! »

Nous n'avons pour ainsi dire que l'embarras du choix, parmi les nombreuses observations de lypémaniaques anxieux qui veulent se tuer pour échapper à leurs tourments.

Les idées délirantes sont extrêmement variables suivant les individus et les circonstances qui ont fait éclore leur vésanie, suivant l'intensité et la multiplicité des hallucinations; mais il nous semble que l'on peut, en mettant de côté les mélancoliques simples et hypochondriaques, diviser les lypémaniaques, un peu artificiellement, il est vrai, en lypémaniaques accusés, pseudo-

persécutés, et en hypémaniaques auto-accusateurs, indignes, condamnés à mort, damnés.

C'est surtout dans cette dernière catégorie que les idées de suicide se montrent avec une extrême fréquence. Ajoutons que, lorsque les idées de damnation se présentent chez un anxieux la réaction suicide est presque certaine.

Chose remarquable, certains hypémaniaques vivent dans une crainte perpétuelle de la mort (thanatophobie); ils croient qu'ils porteront bientôt leur tête sur l'échafaud, ils tremblent au moindre bruit, persuadés que le bourreau est là venant réclamer sa victime, ils pensent que leur mort est prochaine, inéluctable, et ils font des tentatives de suicide. Tant il est vrai, comme l'avait déjà dit Falret, que plus le mélancolique pense à la mort qu'il redoute, plus il s'y sent invinciblement attiré.

Nicoulau (1) en a rapporté une observation remarquable que nous nous permettons de reproduire en partie : « M^{me} X... est née le 3 février 1839 ; elle devait donc avoir à la même date, en 1891, cinquante-deux ans révolus. Or, une particularité avait, dans sa famille, frappé la malade : trois personnes (son père, sa mère, un de ses frères) étaient mortes dans leur cinquante-deuxième année. Ce fait, singulier sans doute, fut pour M^{me} X..., héréditairement prédisposée, l'indice d'une échéance inéluctable, imposée par le destin à ses proches aussi bien qu'à elle-même. Aussi, tant que l'époque fatale fut encore assez éloignée, son équanimité persista ; mais à mesure que s'écoulait le temps, à mesure que s'approchait la fin de l'année 1890, et par conséquent l'heure qui devait parfaire l'âge redoutable,

(1) Nicoulau. Thanatophobie et suicide (*Ann. méd.-psych.*, 1892, p. 195).

ses préoccupations s'accrurent, une tristesse profonde l'envahit graduellement qui finit par dégénérer en mélancolie vraie avec conceptions délirantes spécifiques. M^{me} X... ne tarda guère, en effet, à interpréter l'arrêt de mort suspendu sur sa tête ; quelques idées d'indignité surgirent dans son esprit. Le péril devenait imminent ; chaque heure, désormais, chaque minute pouvait être la dernière ; elle se sentait pour ainsi dire guettée, épéeé incessamment par cette mort inévitable, d'autant plus affreuse qu'elle restait inconnue dans sa forme et, surtout, dans le moment précis de son événement ; de là une anxiété, une oppression qui se peuvent concevoir et qui expliquaient, à notre sens, la détermination prise par M^{me} X... de devancer un trépas dont l'attente augmentait encore les angoissantes perspectives.

A cette observation si typique de Nicoulau, nous pouvons joindre les deux suivantes qui nous sont personnelles.

OBS. XLVIII. — Femme âgée de vingt ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. La malade a accouché récemment (un mois) d'un garçon bien constitué. Les couches ont eu lieu à la Maternité. Une religieuse effrayée du mauvais état physique de la malade, espérant peut-être faire naître chez elle un retour à la religion, lui a dit qu'elle était gravement malade, atteinte de la poitrine. Depuis lors, la malade, vivement frappée, a versé dans la mélancolie. Elle est poursuivie par cette idée qu'elle va bientôt mourir. A P..., où elle est entrée après ses couches, et où elle a mis son enfant en nourrice, elle prétend que le père nourricier vient frapper la nuit à sa porte pour l'épouvanter ; elle l'accuse de lui refuser toute nourriture, de lui « faire comprendre qu'elle va bientôt mourir ». L'état mélancolique s'accentue, la malade fait des tentatives de suicide ; elle veut se jeter par la fenêtre, cherche à se couper le cou, essaie de s'étrangler avec un fil de fer. C'est alors qu'elle entre à l'asile. La malade pleure lorsqu'on l'interroge, réclame la mort, se dit indigne d'exister parce qu'elle n'aime pas son

enfant ; elle doit mourir bientôt ; mieux vaut mourir de suite que d'attendre.

9 février. Pleure toute la journée ; veut mourir. Refuse les aliments ; on est obligé de la nourrir à la sonde.

15 mars. Nouveau refus des aliments.

12 mai. Reste dans le mutisme le plus absolu, veut se laisser mourir de faim, se fait nourrir à la sonde. Tuberculose pulmonaire à la troisième période, affaiblissement progressif. Décès.

OBS. XLIX. — Femme âgée de quarante-deux ans. Père cardiaque, mère morte d'hémorragie cérébrale, un frère bien portant.

Réglée à quatorze ans régulièrement. Pas de maladies graves. Deux enfants dont une fille âgée de quinze ans atteinte de contractures hystériques.

La malade a toujours été d'un caractère triste ; mais on n'avait jamais remarqué chez elle aucun trouble mental, si ce n'est une certaine crainte vis-à-vis des personnes inconnues et la peur de la société. Les accidents psychiques remonteraient à cinq mois, mais ne prirent un caractère aigu que depuis un mois environ. La malade eut au commencement de cette année de grandes fatigues pour soigner son enfant gravement malade. De plus, des discussions intestines l'aménèrent peu à peu à ne voir partout que des ennemis. Le sommeil était agité, la malade rêvait qu'on l'assassinait, elle était effrayée en se réveillant. Elle eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe : elle disait que tous les voisins étaient les uns sur les toits, les autres aux fenêtres pour pénétrer dans sa maison et en connaître les secrets. Un jour elle dit à son mari : « Tu vois, j'ai beau me cacher, ils sont encore là pour m'épier. » Ces jours derniers, elle entendait frapper à la porte et répéter ses propres paroles ou énoncer à haute voix tous les actes qu'elle accomplissait. Elle en vint à croire qu'on voulait l'assassiner et entendait les voix et l'arrivée des assassins. Cette idée d'une mort prochaine, inéluctable, qui s'empara de son esprit, la tourmentait affreusement. Elle fit alors plusieurs tentatives de suicide et porta au cou les marques de strangulation et de blessures faites à l'aide d'instruments tranchants.

Les mélancoliques hypocondriaques, bien que moins portés au suicide que les malades anxieux, ont aussi une fâcheuse tendance à se détruire et plus encore à

pratiquer sur eux-mêmes des mutilations souvent fort graves, suicides et mutilations qui légitiment d'ordinaire les conceptions délirantes bizarres de ces malades.

OBS. L. — Femme âgée de quarante-trois ans. Certificat d'admission (extrait). « Cette malade est depuis quelque temps très excitée ; son état mental, au lieu de s'améliorer, devient plus mauvais progressivement ; la manie du suicide prédomine chez elle ; elle n'est pas encore venue à ses fins parce qu'elle est étroitement surveillée. »

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteinte de lypémanie hypocondriaque avec idées de suicide. Quelque chose s'est détraqué dans son corps, son sang est caillé sur son dos et ne circule plus, les nerfs sont tendus. Veut se détruire parce qu'elle est incurable.

Certificat de quinzaine. — Atteinte de lypémanie hypocondriaque, est dans le même état qu'à l'entrée. A essayé de se couper le poignet pour voir si le sang, qui, dit-elle, est caillé, sortirait encore. Se plaint constamment de maux imaginaires.

Janvier. Refus d'alimentation, ne prend que des liquides, pousse des cris, se roule à terre, dit qu'elle ne peut mourir, a essayé de se couper un doigt.

Février. Toujours les mêmes idées délirantes au sujet de sa santé. Croit qu'elle ne mourra pas, que son corps va devenir une boule de nerfs, qu'elle est dure comme la pierre, etc... Sous l'influence de ces idées, cette malade s'est fait une plaie allant du sommet du sternum jusque vers le creux de l'estomac.

Mai. Sort améliorée, retirée par son mari.

OBS. LI. — B..., âgé de vingt-six ans, a une hérédité très chargée. Il est malade depuis plusieurs années, se figurant qu'il est faible et incapable de tout travail, que son sang est empoisonné. Tendances à s'analyser lui-même, à étudier les mouvements du cœur, les lignes de la main. Prétend qu'il a des maladies contagieuses dont il ne guérira pas, que son corps est un charnier, qu'il doit s'immoler pour ne pas compromettre l'humanité. Aussi fait-il de fréquentes tentatives de suicide par strangulation.

OBS. LII. — M^{me} J..., femme B..., âgée de trente-six ans, est dans un état d'aliénation mentale caractérisé par des idées vagues de persécution, des craintes d'empoisonnement et surtout des préoccupations hypocondriaques d'une très grande

intensité. M^{me} B... ne mange que quelques légumes et ne boit que de l'eau. Elle a trop de sang, dit-elle ; aussi ne doit-elle prendre aucune nourriture substantielle. Elle croit aussi qu'à la suite de l'absorption de quelques pilules Thévenot, sa matrice s'est durcie à tel point qu'il n'y a plus de passage pour les menstrues, le sang va affluer au cerveau et elle va devenir folle. Pour remédier à cet état pathologique imaginaire, et convaincue de l'urgence d'une opération, M^{me} B... n'a pas hésité, pendant qu'elle était au bain, à s'introduire un canif dans le vagin et à faire dans cet organe des incisions multiples. A la suite de ces manœuvres il s'est produit une abondante hémorragie, qui a nécessité l'intervention immédiate du médecin. Aujourd'hui, cette malade cherche sans cesse à s'arracher le pansement qui a été fait. « Si le sang ne coule plus, dit-elle, je suis perdue, dans deux jours je serai folle. » Elle interprète d'une façon délirante tous les faits et gestes des médecins appelés à lui donner des soins. Tout doit amener chez elle des accidents toxiques ; l'eau phéniquée dont on se sert pour les injections vaginales, la sonde avec laquelle on pratique le cathétérisme, etc.

Sous le nom de délire de négation, on a décrit certaines formes de lypémanie hypocondriaque avec systématisation et évolution progressive dans le délire aboutissant à la démence. C'est un type clinique qui se rapproche du délire de persécution : les idées de persécution sont remplacées par des idées hypocondriaques auxquelles se surajoutent d'habitude des idées de damnation. Le délire des négations n'est pas encore considéré par tous les aliénistes comme une entité clinique véritable. Quoi qu'il en soit, les auteurs qui l'ont étudié et mis en lumière, Cotard (1), Journiac (2), Séglas (3),

(1) Cotard. Du délire lypémaniaque dans une forme grave de la mélancolie (*Ann. méd.-psych.*, 1880).

(2) Journiac. Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque, *Th.*, Paris, 1888.

(3) Séglas. Des idées de négation ; sémiologie et pathologie (*Ann. méd. psych.*, 1889).

Camuset (1), ont montré qu'il est presque toujours accompagné par des idées de suicide.

Toutes les affections mentales peuvent être marquées dans leur évolution par des périodes de mélancolie. En étudiant chacune en particulier, nous verrons l'importance de ces accès mélancoliques en ce qui touche la question du suicide. Disons simplement que si, dans la mélancolie habituelle, les idées de suicide sont une conséquence logique des conceptions délirantes, chez les dégénérés, par exemple, qui versent dans la lypémanie, on peut observer des obsessions, des impulsions, des hallucinations impératives, provoquées certainement par l'état mélancolique, mais relevant surtout de la dégénérescence.

Ritti (2) a observé que les circulaires sont souvent portés au suicide pendant leur période de dépression. Nous avons vu un malade qui a fait deux tentatives de suicide dans ces conditions.

Chez les mélancoliques suicides nous n'insisterons pas sur les causes provocatrices qui sont des plus variables, elles n'offrent que peu d'intérêt pour le point particulier qui nous occupe. Signalons seulement l'influence des infections et des auto-intoxications parce qu'elles ont une importance considérable au point de vue du traitement. Nous avons remarqué, en effet, que dans le cours d'une mélancolie, des paroxysmes anxieux avec manifestations suicides pouvaient être provoqués par des troubles du côté des organes digestifs et que souvent un traitement approprié les a fait rapidement disparaître. On peut en dire autant pour les altérations du sang dues à une cardiopathie, à une néphrite, etc.

(1) Camuset. *Du délire de négation* (Rapport au Congrès de Blois, 1892).

(2) Ritti. Article « Suicide », *Dict. encycl. des sc. méd.*

L'intensité du délire, la multiplicité des hallucinations ne sont pas toujours un indice certain que des manifestations suicides vont se produire. Il faut surtout considérer le tempérament du malade, son émotivité, l'état de sa volonté, voir si les conceptions délirantes qui le tourmentent vont à l'encontre de ses principes ou de ses préjugés. Certains individus qui se font une haute idée du point d'honneur, qui, au point de vue religieux ou politique, ont des opinions absolument immuables, ne pourront se croire indignes ou accusés d'actions infamantes sans en concevoir un violent chagrin : le suicide seul pourra mettre un terme à une vie honteuse.

OBS. LIII. — Nous avons connu un capitaine, qui avait été dans l'état-major du général Boulanger. Après la chute du boulangisme, ce malade, un peu alcoolique, d'ailleurs, a commencé à verser dans la mélancolie. C'est, au début, une tristesse vague, à laquelle se joignent bientôt des hallucinations de l'ouïe qui arrivent à créer un état anxieux des mieux caractérisés. Ce malade croit qu'il est impliqué dans les agissements politiques de Boulanger; on le recherche, on va l'emprisonner, on fait courir sur son compte toutes sortes de bruits, on dit qu'il a trahi la France et qu'il mérite d'être fusillé pour expier ces forfaits. Cette idée de déshonneur le tourmente par-dessus tout, le désespère et le pousse à des tentatives réitérées de suicide. A tous moments, malgré la surveillance constante dont il est l'objet, il cherche à se donner la mort. C'est ainsi qu'un jour il se sert de sa fourchette pour essayer de se perforer l'abdomen ; une autre fois il se donne un coup de canif dans la région épigastrique, et enfin il veut avec un bout de bois se perforer la trachée. Le moindre objet qui tombe entre ses mains est utilisé dans le but suicide, et ce malade ne cesse de répéter qu'il veut la mort parce qu'il est déshonoré, qu'il a trahi l'armée à laquelle il appartient et qu'un soldat ne peut vivre que s'il est sans reproche.

A côté de ce malade nous en avons vu d'autres, aussi tourmentés, peut-être davantage, qui n'ont jamais

essayé de se détruire, parce que, chez eux, les conceptions lypémaniaques ne froissent pas des sentiments délicats qui font partie intégrante de l'individualité de quelques-uns.

Certains mélancoliques paraissent vivement [désirer la mort, mais, bien qu'ils aient de nombreuses occasions de se tuer, ne cherchent presque jamais à se faire du mal ; il y a chez eux une sorte d'inertie de la volonté (aboulie), qui les empêche de rien entreprendre contre eux-mêmes ou qui ne permet pas que leurs tentatives aient une issue fatale.

OBS. LIV. — Une mélancolique anxieuse que nous avons connue est restée internée pendant onze mois. Chaque jour elle demandait à être débarrassée d'une existence misérable, voulait qu'on la tue, ne se sentant aucune volonté pour accomplir elle-même cet acte.

Nous avons vu d'autres malades qui s'arrêtent dans le cours de leur tentative, ne se sentant pas l'énergie suffisante pour la pousser jusqu'au bout.

Rouillard (1) constate que certains mélancoliques présentent un anéantissement remarquable de la volonté et cite l'exemple suivant : « Une femme n'avait pas fait moins de cinq tentatives, toutes avortées. Deux fois elle était allée acheter du charbon de bois pour s'asphyxier, et jamais elle n'a pu allumer le réchaud. Une fois elle était allée jusqu'à la Seine et, en route, s'était assise sur un banc où elle était restée [plus de six heures. Une fois elle avait ouvert sa fenêtre [pour se précipiter. Une dernière fois elle avait voulu avaler de l'eau de Javel, et, pendant deux mois, le verre plein était resté sur la table. Son plus grand sujet de déses-

(1) *Ann. méd.-psych.*, mai 1899.

poir était de n'avoir pas eu assez de volonté pour achever ce suicide. »

A côté de ces abouliques, il y a certains mélancoliques qui, au contraire, font preuve d'une ténacité remarquable, tel le cas suivant emprunté au *Petit Parisien*. « M. Monteil, chef de station des tramways à Vincennes, sortant hier matin de son bureau, apercevait pendu à la grille du vieux fort un individu ne donnant plus signe de vie. Il courut aussitôt à son secours et le porta dans la salle d'attente de sa gare, où, grâce aux soins énergiques qu'il lui procura, il put, après une demi-heure, lui faire recouvrer ses sens. Quand le désespéré eut promis à ses sauveurs de ne plus attenter à ses jours, ceux-ci le conduisirent au commissariat de Vincennes ; mais au moment où il franchissait la grille, il se dégagea, s'accrocha par le cou à un des fers en forme de lance, se faisant une large et profonde blessure de laquelle le sang jaillit en abondance. Des agents coururent chercher un pharmacien, qui parvint non sans peine à arrêter l'hémorragie et à ranimer le malheureux qui s'était évanoui une seconde fois. Une heure après cette seconde tentative de suicide, les inspecteurs crurent pouvoir sans danger introduire le blessé dans le cabinet de M. Héron, commissaire de police ; mais, le malheureux, toujours hanté de l'idée de mettre fin à ses jours, les repoussa violemment, se jeta la tête première contre les marches de l'escalier et se fractura la base du crâne. »

L'observation suivante montre aussi combien il est nécessaire d'exercer une surveillance constante autour des hypémaniaques suicidés, certains d'entre eux saisissant la moindre occasion pour mettre leur projet à exécution.

OBS. LV. — Une hypémaniaque anxieuse, fille et nièce

d'aliénés fait à tous moments des tentatives. Chez elle, elle s'est jetée dans une mare, s'est précipitée par une fenêtre et en a été quitte pour une luxation de l'épaule. A l'asile, elle fait chaque jour quelque tentative, essaie de se pendre avec des lambeaux de draps, veut se laisser mourir de faim, se frappe violemment la tête contre les murs, absorbe tout ce qui lui tombe sous la main, des cailloux, des clous, des noyaux, des morceaux de verre, des aiguilles, etc. A un certain moment elle a de l'obstruction intestinale; un purgatif énergique lui est administré et amène l'expulsion de 150 grammes de cailloux, de deux morceaux de verre, d'un clou long de 4 centimètres et d'un gros noyau de pêche. Quelques jours après, on constate à la région épigastrique la formation d'un abcès qui donne issue à un morceau d'aiguille à tricoter. Quinze jours ne s'étaient pas écoulés que la malade se plaint d'une douleur intense à la partie interne de la cuisse gauche, près de la racine du membre. Un petit abcès se forme et est suivi de l'expulsion d'une aiguille à coudre.

§ II. — *Du suicide chez les dégénérés.* — Malgré les travaux de Morel et de l'école de Paris, le cadre de la dégénérescence n'est pas encore bien délimité. On a voulu caractériser le dégénéré par la tare héréditaire, avec stigmates physiques et psychiques et évolution particulière dans le délire. Nous croyons qu'on a un peu trop étendu le champ de la dégénérescence et qu'il est possible d'y faire entrer tous les aliénés, si on la définit comme Magnan et Legrain (1): « La dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte pour la vie. »

Tous les aliénés sont évidemment « constitutionnellement amoindris dans leur résistance psycho-physique »,

(1) Magnan et Legrain. *Les dégénérés.*

puisque'un trouble quelconque, moral ou physique, peut amener des perturbations intellectuelles. Ainsi l'alcoolique qui délire a un cerveau amoindri en face de l'alcool, l'hystérique a une moindre force de résistance en face des excitants moraux, etc.

Les stigmates physiques et psychiques ne sont pas toujours des indices certains de dégénérescence héréditaire. Les malformations physiques, notamment, peuvent provenir de troubles survenus pendant la gestation (Geoffroy Saint-Hilaire, Darest, Chabry, Fégré, Gley et Charrin) ou des maladies infectieuses de la première enfance ou de l'adolescence ayant porté atteinte à l'intégrité des centres cérébraux ou médullaires.

Les stigmates psychique sont une valeur plus grande, mais non exclusive. Dans une thèse récente, inspirée par M. Magnan, Carrier (1) s'exprime ainsi : « Obsession et impulsion sont deux phénomènes de même nature ; ils sont l'expression la plus parfaite de l'état de déséquilibre et ne peuvent se rencontrer que chez les dégénérés, dont ils sont l'émanation à peu près constante, le stigmate psychique. Les obsessions et les impulsions en général, les obsessions et les impulsions à l'homicide et au suicide sont, d'après Magnan, les syndromes épisodiques de la folie des dégénérés. » Nous croyons que l'obsession et l'impulsion ne caractérisent pas uniquement la dégénérescence ; elles sont particulièrement fréquentes, il est vrai, chez les dégénérés, mais se retrouvent aussi chez les autres aliénés. Charpentier (2) avait déjà montré que les obsédés ne sont pas toujours des héréditaires et que les obsessions avec conscience ne doivent pas être bornées au domaine de la folie des

(1) Carrier. *Obsessions et impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés*, Th., Paris, 1899.

(2) Charpentier. *Congrès de médecine mentale*, 1889.

dégénérés; Séglas (1), Régis (2) admettent qu'à côté des obsessions qui se développent chez les dégénérés, il y en a d'autres, purement neurasthéniques et sans tare dégénérative. Ballet se range à cette opinion.

Ces quelques critiques n'ont d'autre but que de montrer les nombreuses difficultés qu'il y a à établir sûrement la dégénérescence, la tare héréditaire et les stigmates n'étant pas toujours suffisants. Si certains aliénés sont manifestement des dégénérés, il en est un bien plus grand nombre qui s'en rapprochent par quelque côté seulement, sans qu'on puisse les considérer logiquement comme tels. Les dégénérés sont des malades chez lesquels la défectuosité intellectuelle se traduit habituellement par de l'instabilité mentale avec hyper-excitabilité, état psychique donnant naissance à des réactions subites (impulsions), à des états émotifs (obsessions).

Chez les dégénérés, la tendance au suicide revêt donc le plus souvent la forme de l'obsession et de l'impulsion. L'obsession aboutit rapidement à l'impulsion, le malade d'habitude ne réagissant pas longtemps en face de l'idée obsédante, comme le font certains mélancoliques. Ces impulsions et obsessions suicides s'accompagnent souvent d'obsessions et d'impulsions d'autre nature; leur association permet d'établir sûrement la dégénérescence héréditaire.

Parmi nos observations d'impulsions suicides chez les dégénérés citons les deux suivantes résumées.

Obs. LVI. — Femme vingt-huit ans; aucun renseignement précis sur les antécédents héréditaires et personnels. Stigmates physiques de dégénérescence. La malade est dans un état

(1) Séglas. *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses* (*Journal de méd. et chirur. prat.*, 1894).

(2) Régis. *Séméiologie des obsessions*, Congrès de Moscou, 1897.

marqué de confusion mentale; elle répond mal aux questions et souvent d'une façon incohérente; elle paraît souvent triste, préoccupée, s'excite quelquefois; dit qu'elle ne dort pas, qu'elle souffre de la tête, prétend avoir des cauchemars, manifeste quelques idées de persécution non systématisées.

Elle fait deux tentatives de suicide, essaie un jour de se couper la gorge avec un rasoir, une autre fois cherche à se précipiter par la fenêtre. Impulsions à la violence, brise les vitres, frappe et insulte son entourage. Interrogée sur ces tentatives de suicide et ces actes de violence, elle répond « qu'elle ne peut s'en empêcher »; sitôt que l'idée de se détruire lui vient à l'esprit, elle cherche à la mettre à exécution. Elle frappe son entourage sans se rendre un compte bien exact de ce qu'elle fait.

Obs. LVII. — Femme de trente-sept ans. Mère aliénée, s'est pendue. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

L'an dernier, au mois de novembre, était en train de ramasser de l'herbe dans un champ; elle a reçu par mégarde un coup de fusil d'un chasseur et a été atteinte par les plombs à la main et à la hanche. Très grande frayeur consécutive; elle a les idées troublées, s'imagine que des gendarmes et des agents de police sont à sa recherche. Sous l'influence de ces conceptions lypémaniaques, elle se livre à des tentatives subites de suicide. C'est ainsi que, pendant la semaine qui a précédé son internement, elle fait des tentatives multiples. Jeudi, une voisine entrant chez elle l'a surprise une corde passée autour du cou et cherchant à s'étrangler. Samedi soir, trompant la surveillance de son mari, elle s'est précipitée dans une citerne qui se trouve dans le jardin. Dimanche après-midi, s'étant procuré un couteau, elle a essayé de s'ouvrir les veines du poignet gauche. Ces impulsions au suicide se produisent concurremment avec un état de confusion mentale. Cette malade est souvent excitée. Quelques périodes intermittentes de dépression. Elle se souvient vaguement des tentatives qu'elle a faites et dit qu'elle a « obéi » à l'idée subite qui lui venait de mettre fin à ses jours.

Un point sur lequel nous désirons plus spécialement attirer l'attention parce que les impulsions et les obsessions ont été mises pleinement en lumière par les travaux de Magnan et de ses élèves et en dernier lieu par

la thèse de Carrier, c'est que, chez nombre de dégénérés, la tendance au suicide se traduit, plus fréquemment qu'on ne le croit, par une susceptibilité particulière du malade à s'exagérer tout, à pousser tout à l'extrême, à penser ainsi au suicide chaque fois qu'il se trouve aux prises avec les difficultés même puériles de l'existence et à faire par conséquent des tentatives à toute occasion. On ne saurait voir là de véritables actes impulsifs, mais un état d'émotivité particulière aux dégénérés, les incitant à des déterminations funestes chaque fois qu'ils croient avoir à se plaindre de quelqu'un ou de quelque chose. Les dégénérés peuvent alors être comparés aux hystériques. Si la simulation est moins fréquente, on rencontre aussi le même désir de faire parler de soi, de se rendre intéressant ; ce sont aussi des menaces de suicide, suivies quelquefois de tentatives habituellement sans effet ; car, le plus souvent, le malade, à la moindre contrariété, annonce bien hant qu'il en a assez de l'existence, prétend que la mort seule mettra un terme à ses souffrances morales. Son entourage, ainsi averti, exerce sur lui une surveillance, déjoue ses tentatives lorsqu'elles se produisent. Cet accès de *tœedium vitæ* passe vite, avec la cause qui lui a donné naissance, mais en général il a une tendance déplorable à se reproduire pour des motifs semblables, et certains dégénérés sont toujours en imminence de suicide. On est obligé d'avoir pour eux des égards particuliers, de favoriser leur régime... si l'on veut éviter ces accès subits de dépression.

Obs. LVIII. — Femme âgée de quarante-deux ans. Père mort de la variole à quarante et un ans, était d'un caractère difficile, se montrait original, n'était pas alcoolique. Mère morte à vingt-huit ans de tuberculose pulmonaire. Deux frères dont l'un a présenté un accès délirant avec fièvre. Une sœur bien portante. D'après la malade, ses frères et sa sœur sont très nerveux, emportés. Rien chez les collatéraux.

Santé toujours délicate, variole à six ans, réglée depuis l'âge de douze ans régulièrement. Il y a huit ans, troubles gastriques (dilatation d'estomac) et, quelque temps après, pleurésie. Actuellement la dilatation persiste et la malade présente quelques signes de tuberculose pulmonaire (au sommet gauche et en arrière).

Stigmates physiques de dégénérescence (lobules adhérents, palais en ogive, asymétrie faciale, crâne mal conformé, etc.).

Débilité et instabilité mentales avec idées de persécution, grande excitabilité.

Une dame D... a voulu l'empoisonner avec une bouteille de « drogue », lui faisant croire que c'était une bouteille de vin, la malade ignore dans quel but. A l'Hôtel-Dieu, où elle était soignée pour sa pleurésie, une religieuse lui a dit qu'il fallait « qu'elle crève »; et dans ce but aussi, pour « la faire déparler et la conduire ensuite à l'asile », elle lui disait qu'on mettait des poils de pubis dans la soupe, toutes sortes de saletés, etc. La malade se trouvait en butte au mauvais vouloir de tout le monde; ses compagnes elles-mêmes l'insultaient, venaient secouer son lit pour l'exciter. Un certain M..., interne, entre autres, l'avait prise en grippe. Sortie de l'hôpital, elle retourna chez elle; mais ses voisins lui font des misères et veulent l'empoisonner, ils viennent la nuit (la malade ne les voit pas, mais elle les entend).

La malade est diffuse dans son récit; elle s'excite facilement. Dans la division elle présente souvent des périodes de surexcitation, ne supporte aucune observation, pleure, crie, le plus souvent pour des motifs futiles.

Avant son entrée à l'asile, la malade n'a pas fait de tentative de suicide; mais, depuis qu'elle est internée, elle a essayé quatre fois de se détruire : elle a voulu trois fois s'étouffer avec son foulard et n'a pu parvenir à s'ôter la vie, grâce à la vigilance des infirmières et aussi parce qu'elle ne dissimulait pas son dessein.

Cette malade ne manifeste ses tendances au suicide qu'à la suite de contrariétés, pour des motifs futiles, quand on lui fait une légère réprimande ou lorsqu'on oublie de lui donner une partie de son régime (lait, vin). La première tentative a été provoquée par ce fait que le médecin n'a pas fait attention à une de ses réclamations; la deuxième fois, c'est parce qu'on a voulu fermer malgré elle une fenêtre à côté de son lit; une troisième fois, une malade lui avait volé des morceaux d'étoffe qu'elle

cachait sous son oreiller ; une quatrième fois enfin, parce qu'on lui avait donné un œuf pourri (?).

Les époques n'exercent aucune influence sur les idées de suicide.

Obs. LIX. — Femme âgée de vingt-cinq ans. Cette malade a fait deux séjours antérieurs à l'asile et en est sortie chaque fois améliorée.

Père alcoolique mort à trente-deux ans, après quinze jours de maladie durant lesquels il a constamment déliré. Mère très nerveuse, anémique, cardiaque, souvent mélancolique, voulait se noyer.

Une sœur et une tante religieuses.

A eu la petite vérole à l'âge de treize ans. Réglée à quatorze ans, ses règles reviennent toujours à des époques irrégulières. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

A la suite de sa petite vérole, la malade a pris un caractère sombre ; elle était souvent triste, taciturne. A quatorze ans, elle se sauva de chez elle, prétextant que sa mère lui faisait peur avec ses idées noires, et fut trouvée deux jours après sur un banc public, pleurant. Depuis, bien qu'étant toujours sombre et exaltée, elle a travaillé assez bien. A dix-huit ans, son caractère devient de plus en plus bizarre, difficile. Au moment de ses règles, elle prenait souvent des accès d'agitation, jetait tout, injurait sa mère, passait sans motif de la tristesse à la gaieté, dépensait tout son argent en toilettes dont elle ne voulait plus ensuite. Changeant de place à chaque instant, car partout on la renvoyait à cause de ses bizarries. A dix-neuf ans l'état mental s'exagère. Au moment de ses règles la malade devenait tout à coup sombre, puis se mettait subitement à pousser des cris, à injurier sa mère, à se débattre. Au bout d'une heure environ, elle redevenait calme. Ces accès délirants se répètent avec une assez grande fréquence ; dans l'intervalle, la malade continue à travailler où elle peut.

Entrée à l'asile, la malade répond aux questions qu'on lui pose, avoue elle-même qu'elle est très nerveuse et d'un naturel bizarre. Elle passe rapidement et sans motif de la gaieté à la tristesse. On ne trouve pas de point d'hyperesthésie. Accès mélancoliques fréquents avec idées de suicide.

Avant son entrée à l'asile, la malade a fait plusieurs tentatives. A vingt-quatre ans, elle a voulu s'empoisonner avec de l'eau de laurier-cerise ; elle s'est probablement trompée de bouteille, car elle n'a ressenti aucun accident fâcheux. Elle était

alors dans une période de mélancolie, elle se sentait incapable de tout travail, et, de plus, sa mère malade, très pénible et méchante. Un jour, elle a acheté un revolver, elle s'est manquée une première fois et n'a plus pu faire manœuvrer son arme. Elle a souvent pensé à se noyer ; dans ce but, elle est allée un soir au bord du Rhône, mais elle a été arrêtée par un de ses voisins qui l'épiait et qui l'a reconduite chez elle. La malade raconte qu'elle a voulu se détruire, parce que, du fait de ses accès intermittents de folie, il lui était impossible d'occuper longtemps la même place, que la vie était pour elle de jour en jour plus pénible, et qu'à certains moments de paroxysme de tristesse la mort lui apparaissait seule enviable. Elle ajoute que la moindre contrariété lui faire prendre « ses noirs ». Elle reconnaît elle-même qu'elle « prend au tragique » les ennuis les plus minimes ; mais « que voulez-vous, dit-elle, je suis ainsi faite ».

(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 III

**DES LACUNES DE LA LOI DE 1838 EN CE QUI CONCERNE
LA GESTION DES BIENS. — DERNIER PROJET DE LOI
SUR LA MATIÈRE OU PROJET DUBIEF. — SES AVAN-
TAGES. — SES INCONVÉNIENTS. — AMENDEMENTS
DESTINÉS A PROTÉGER LE PATRIMOINE DES MALADES
INTERNÉS.**

Dans l'enquête ordonnée au sujet de la proposition de loi de MM. Gambetta et Magnin, les critiques de la loi de 1838 se firent jour sur de nombreux points et

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1901, janvier-février, mars-avril et mai-juin 1902.

spécialement sur la question de l'administration des biens. Dans son rapport, M. Théophile Roussel (p. 329) rapporte que tous les déposants se montrèrent préoccupés de la question particulièrement grave, celle de la protection du patrimoine de l'aliéné séquestré, et que généralement on avait reconnu l'insuffisance des garanties de la loi de 1838 et la nécessité de porter remède, par l'institution d'un mandataire spécial, à l'indifférence ou à la cupidité de la famille. M. le D^r Motet (p. 309 annexes au rapport précédent) déclarait notamment que « *l'administration des biens donnait lieu à beaucoup d'abus graves* ». Souvent, disait-il, « *un malade arrive dans un asile; sa situation paraît aisée et il est bien installé; puis au bout de quelque temps, sans que rien d'apparent ait dû modifier son état pécuniaire, on diminue sa pension, on modifie la première installation plus confortable. Souvent même on le transfère dans un asile moins coûteux.* »

Les abus qui se produisent dans cet ordre d'idées, tous les médecins d'asiles les connaissent et déplorent leur impuissance presque complète à les faire cesser.

M. Vaney, substitut du procureur général à Paris, frappé d'une telle situation (p. 329, *loc. cit.*), aurait voulu que toute personne qui requiert le placement d'un aliéné (les abus en question visant principalement les aliénés au compte des familles) fût tenue de remettre au Parquet une déclaration constatant la quotité de sa fortune et la nature de ses biens, afin de permettre au magistrat qui inspecte l'établissement de s'assurer que le malade est traité comme il convient à sa situation. En cas d'abus constatés, mais en cas d'abus seulement, le magistrat provoquerait la nomination d'un administrateur provisoire.

M. Pagès, substitut au tribunal de la Seine, estimait (p. 530, *loc. cit.*) au contraire, avec beaucoup plus de

raison, que tout aliéné devrait être pourvu d'un curateur dans les six mois de son placement. La nomination serait faite par la Chambre du conseil et aurait lieu, même dans les cas de minorité et d'interdiction. Ce curateur serait placé sous le contrôle de la Chambre du conseil et du Parquet et devrait ses comptes dans les six mois.

La loi de 1838 avait cependant bien institué un curateur dont la mission était tracée dans son article 38 ; mais, comme il n'était pas obligatoire, sa fonction est restée purement théorique.

Lors de l'enquête sur le régime des aliénés, faite en 1871, par la Société de législation comparée, M. Ribot, alors substitut au tribunal de la Seine, proposait un système instituant une Commission permanente qui devait faire, au moment du placement, une enquête sur l'état et la composition de la fortune de la personne séquestrée. Cette Commission devait examiner s'il y avait lieu de provoquer la nomination d'un administrateur provisoire ou laisser à la famille la gestion provisoire des biens. Après un séjour du malade dans l'établissement, pendant un an, la Commission devait alors recevoir le compte de gestion des biens et l'état de la fortune, et pouvoir, s'il y avait des irrégularités, signaler la situation du malade au tribunal, qui pourrait révoquer l'administrateur ou le tuteur.

De son côté, M. le Dr Blanche souhaitait que la nomination de l'administrateur fût faite dans la semaine qui suit le placement, tout en considérant l'interdiction comme véritablement efficace, ce qui est malheureusement loin d'être vrai.

M. le Dr Lunier, à son tour, voulait investir la Commission permanente des pouvoirs d'un administrateur provisoire pour tous les aliénés non pourvus d'un administrateur judiciaire, mais insistait sur la nécessité de nommer un curateur, quand l'administrateur spécial

était un parent, et sur l'opportunité d'une extension des pouvoirs de l'administrateur, notamment et au point de vue des baux à passer.

M. Picot pensait que la Commission permanente dont on demandait la création pouvait instituer dans son sein une sous-commission chargée de surveiller la gestion des biens et prendre communication du rapport que l'administrateur devait faire chaque année au Conseil de famille.

On le voit, si le législateur avait cru compléter, par l'article 38 de la loi, l'ensemble du système qu'il avait établi pour l'administration des biens de l'aliéné non interdit et pour la défense de ses intérêts et de sa personne, c'est cette partie de la loi qui était l'objet des plus vives critiques.

M. Bertrand (Rapport Roussel, p. 359, t. I) les résument encore avec plus de force, quand il disait : « On croit généralement qu'il a été largement pourvu à la protection de la personne et des biens des aliénés, parce que la loi a donné un administrateur aux biens et un curateur à la personne de l'aliéné séquestré ; c'est une grosse et déplorable erreur. » — Puis, après avoir montré combien cette protection de la personne et des biens de l'interdit était mal assurée par les lois françaises, il ajoutait : « La situation de l'administrateur aux biens est, quoique dans un moindre degré, à peu près la même que celle du tuteur, au moins quant à la fortune de l'aliéné. La loi porte, il est vrai, que les pouvoirs cesseront après trois années, mais elle porte aussi qu'ils pourront être renouvelés. Il s'est introduit à ce sujet dans les tribunaux un usage peut-être abusif. C'est de renouveler presque toujours les pouvoirs de l'administrateur provisoire à l'expiration des trois ans ; on y trouve l'avantage de confier la gestion à une personne qui la connaît déjà : mais on dispense ainsi l'admi-

nistrateur de rendre des comptes, et, en se perpétuant dans la gestion de la fortune, il finit par regarder cette fortune comme sa chose et il en abuse.

« Il paraît indispensable et même urgent de restreindre les pouvoirs des tuteurs en ce qui concerne la libre disposition des valeurs mobilières et de les astreindre, ainsi que les administrateurs aux biens, à rendre des comptes à des personnes autorisées et à des époques périodiques rapprochées. C'est ce qui est exigé à peu près partout, excepté en France. »

Revenant, le 12 mai 1870, dans une séance de la Société de législation comparée, sur les critiques à formuler contre la loi de 1838, M. Bertrand s'exprimait encore ainsi, en visant les aliénés séquestrés ou non : « La question de l'administration des biens des aliénés a été trop négligée jusqu'à présent. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la législation concernant les aliénés admettent, sans examen, que leur fortune est suffisamment garantie ; c'est là une erreur qu'il faut attaquer et détruire. En France, la fortune des aliénés n'est pas mieux protégée que celle des mineurs et de tous les incapables, et le nombre de ceux dont les biens sont dilapidés est considérable. Par suite de l'importance qu'ont prise les valeurs mobilières dans la richesse générale, les lois sur la tutelle sont devenues insuffisantes et appellent une révision. Les abus qui se produisent dans l'administration des biens des aliénés ont une relation directe avec les questions de liberté individuelle. Le désir de s'emparer de cette administration ou de la conserver fait que les tuteurs ou parents ont souvent un intérêt puissant à faire séquestrer l'aliéné et à s'opposer à ce que la liberté lui soit rendue. On a remarqué qu'en Allemagne il ne s'est, jusqu'à présent, élevé aucune plainte contre les séquestrations arbitraires, malgré le peu de précautions légales prises pour les prévenir ; on

peut l'attribuer à ce que, dans le plus grand nombre des États, le tuteur, obligé de rendre des comptes annuels, est complètement désintéressé. »

M. de Crisenoy (*loc. cit.*, p. 361), s'associant à ces critiques, rappelait que la nomination d'un curateur à la personne, instituée par l'article 38, restait trop souvent lettre morte : « En effet, dans le cas où la nomination d'un curateur serait nécessaire, ce ne sont ni les parents, ni l'époux qui la provoqueront, puisqu'elle aurait précisément pour objet de porter remède à leur négligence. Il se rencontre rarement des amis pour prendre de telles initiatives ; quant aux Parquets, il faudrait des faits bien graves, dénoncés par la notoriété publique, pour les mettre en mouvement. Dans les asiles publics, l'administrateur des biens des aliénés serait en situation de signaler aux Parquets les cas qui justifieraient leur intervention ; mais nous avons vu qu'à l'exception des asiles de la Seine et d'un petit nombre d'asiles départementaux, le rôle de ces administrateurs est à peu près nul. »

« Auprès des établissements privés, lorsqu'il existe une Commission de surveillance (la circulaire du 15 juin 1860 édicte d'ailleurs que les Commissions de surveillance établies auprès de quelques asiles privés faisant fonction d'asiles publics n'ont pas à s'occuper des biens des aliénés), il n'est pas constitué d'administrateur d'office ; c'est cependant à l'égard des malades soignés dans ces établissements que l'intervention d'un surveillant intéressé serait le plus nécessaire. »

Toutes les lacunes de la loi, particulièrement en ce qui concerne la protection des biens des aliénés séquestrés, n'avaient échappé ni aux légistes ni aux médecins, et la Société de législation comparée avait élaboré un projet de loi qui fut présenté à l'Assemblée nationale, par MM. Roussel, Jozon et Albert Desjardins. On lisait,

à l'article 4 de ce projet qu'il serait installé au chef-lieu de chaque arrondissement, où il existe un établissement consacré aux aliénés, une Commission permanente des aliénés dont les attributions, comprenant l'administration de leurs biens, devraient en faire une sorte de Conseil de tutelle des aliénés, selon le mot de M. de Rességuier.

L'institution de cette Commission permanente, pas plus d'ailleurs que le projet de loi en question qui avait suivi toute la filière parlementaire, ne put être votée par l'Assemblée nationale avant sa séparation : ce fut seulement en 1881 que l'Administration de l'Intérieur reprit l'étude de la révision des points critiqués de la loi de 1838 et constitua à cet effet une Commission extra-parlementaire. Depuis cette époque, le remaniement complet de la loi est à l'étude ; mais le travail législatif est si lent dans sa marche, que la loi votée en 1887 au Sénat n'a pu l'être encore par la Chambre des députés, bien que le dernier rapport sur la révision de la loi ait été déposé en décembre 1898.

Voyons comment les dispositions du dernier projet de loi, qui ne diffère d'ailleurs du texte sénatorial sur cette question de l'administration des biens [des aliénés séquestrés que par des détails négligeables, voyons, dis-je, comment ces dispositions arrivent à pouvoir garantir plus efficacement le patrimoine de ces aliénés et à le gérer dans leur seul intérêt.

Tout d'abord, le projet de loi fait avec raison disparaître le notaire commis et le mandataire *ad litem* : deux rouages inutilement compris dans la loi de 1838 pour la compliquer. En maintenant l'administrateur provisoire légal des biens, le projet Dubief étend ses pouvoirs, et en cela il s'inspire des nécessités pratiques ; car depuis longtemps chacun s'accorde à les considérer comme beaucoup trop limités, ce qui oblige malheureu-

sement à recourir à l'interdiction. Or, si, comme l'a déjà dit M. Boudet, président de la Commission mixte de 1869, le système de la loi sur les aliénés sera d'autant meilleur que l'interdiction y tiendra moins de place, et c'est aussi mon sentiment, le projet Dubief remplit cette condition, puisque avec lui l'interdiction serait exceptionnelle. Et en effet, outre l'administrateur provisoire légal et l'administrateur judiciaire, le projet crée, sous le nom d'administrateur datif, un troisième administrateur dont les pouvoirs, quant aux biens de l'aliéné, sont, comme ceux de l'administrateur judiciaire, les mêmes que celui du tuteur de l'interdit.

Il ne suffit pas, dans une loi destinée à protéger le patrimoine des aliénés séquestrés, de légiférer seulement sur les moyens d'assurer la gestion de ce patrimoine par des personnes auxquelles la loi donne des pouvoirs à cet effet ; il faut aussi organiser le contrôle de la manière dont ces pouvoirs seront exercés. La loi de 1838 y avait bien songé ; mais le curateur qu'elle instituait dans ce but était facultatif et, en fait, sa désignation était chose si rare qu'elle était véritablement exceptionnelle. En rendant obligatoire la nomination d'un curateur à l'aliéné séquestré, le projet de loi comble une lacune des plus graves de la loi actuelle.

L'institution d'un curateur avec les pouvoirs qui lui sont dévolus est, on peut le dire, la clef de voûte du système de la protection des biens de l'aliéné séquestré. Les pouvoirs du curateur domineront en effet ceux du tuteur, du mari, de l'administrateur légal, judiciaire et datif, et, la reddition des comptes des administrateurs devenant également obligatoire, la garantie de la bonne gestion des biens administrés paraît des plus complètes. Cette protection légale étant étendue, en outre, par le projet de loi, aux biens des aliénés séquestrés dans les maisons de santé, peuplées d'aliénés riches, dont la

fortune pouvait tenter la cupidité de leurs proches, il en résulte un ensemble de mesures très heureuses et très opportunes dans le sens d'une protection comportant le minimum d'aléas.

Tel est l'esprit général du projet de loi sur le point spécial qui nous occupe, celui de la protection des biens ; entrons maintenant dans le détail des articles qui servent à l'organiser.

L'article 39 de la loi de 1838, en déclarant que « les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée », pourraient « être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil », est manifestement impuissant à secourir réellement l'aliéné dans l'exercice de ses droits civils. D'autre part, d'après les dispositions du Code civil, pour que les actes faits par un aliéné interdit soient nuls, il faut (art. 502) qu'ils aient été faits postérieurement à l'interdiction ; car s'ils sont antérieurs, ils ne sont annulables que si la cause de l'interdiction existait notoirement à l'époque où les actes ont été faits (art. 503) ; enfin, après le décès d'un aliéné, on ne peut attaquer ses actes qu'autant que son interdiction a été prononcée ou provoquée, ou que l'acte attaqué témoigne lui-même de la démence (art. 504).

D'après ces principes, on voit que le système de la validité des actes faits par les aliénés est la règle, la preuve de leur invalidité pour cause de folie de celui par qui ils ont été faits étant en réalité une exception soumise à certaines conditions.

Le péril qui résulte des dispositions légales qui précèdent pour la protection du patrimoine d'un fou, alors que le placement, même volontaire, d'un individu dans un établissement d'aliénés fait naître, *ipso facto*, la présomption qu'il est hors d'état de gérer ses

affaires, explique suffisamment la nécessité de le faire cesser. Il n'est pas douteux, en effet, qu'on ne puisse, sous l'empire de la loi actuelle, surtout dans les maisons de santé qui sont privées, faire signer à des malades des actes qui compromettent leurs intérêts, actes dont la validité étant alors présumée laisse trop de marge à des entreprises louches. Le projet de loi adopte un système tout différent, lorsqu'il déclare dans son article 62 que « tous actes faits par l'aliéné, même non interdit, pendant la durée de son internement, sont, comme ceux faits par l'interdit, soumis aux règles des articles 502 et 1125 du Code civil » ; ce qui signifie en réalité que les actes faits par lui, pendant son internement, sont nuls de droit. Toutefois, comme l'article 502 du Code civil ne fait partir les effets de l'interdiction, qui crée une nullité de droit par rapport aux actes faits dans cet état, que du jour du jugement, le projet de loi aurait dû déclarer au moins que la maintenue par l'autorité judiciaire dans un asile (art. 19) équivaudrait au jugement d'interdiction exigé par l'article 502 du Code civil. On est d'autant plus surpris de ne pas trouver semblable déclaration dans le projet qu'il est dit, dans le quatrième paragraphe de l'article 62, que l'internement dans un asile d'aliénés maintenu par décision judiciaire a le même effet qu'une demande en interdiction, au point de vue de l'application de l'article 504 du Code civil, ce qui supprime, en fait, la condition d'interdiction, exigée par cet article pour introduire, après le décès d'un aliéné, une demande de nullité d'un acte auquel il aurait souscrit.

Relativement à tous les actes faits par l'aliéné (dernier paragraphe de l'art. 62) en dehors de l'établissement public ou privé où il est interné, soit au cas de placement familial, soit au cours de sorties provisoires, ou en cas d'évasion jusqu'à l'expiration du délai d'un

mois prévu par l'article 49, leur validité est subordonnée à l'appréciation du tribunal qui jugera s'ils ont été faits pendant un moment lucide. Cet article présume encore en fait l'incapacité de l'aliéné, ce qui est une façon de le protéger dans ses intérêts, meilleure que d'admettre la capacité jusqu'à preuve contraire. La nécessité, en effet, de faire ratifier par un tribunal la validité d'un acte souscrit par un aliéné mettra toujours, dans le cas prévu par l'article 62 du projet de loi, une barrière bien plus efficace que l'état de choses actuel, aux manœuvres dolosives dont cet aliéné pourrait être l'objet.

Du moment où, dans le projet Dubief, l'aliéné était en principe déclaré incapable, il fallait, en l'absence de l'interdiction, rendre quelqu'un capable à sa place. Plus cette capacité serait complète, moins nécessaire serait l'interdiction. La capacité est transférée, soit à des organismes légaux nouvellement créés, soit à des organismes existants, dont les pouvoirs sont étendus, savoir : une ou plusieurs Commissions de surveillance, un administrateur provisoire légal, un administrateur datif, enfin un curateur.

Commission de surveillance. — Par l'article 5 « il est institué une ou plusieurs Commissions de surveillance dans chaque département ». Il est présumable qu'il n'y aura qu'une Commission lorsqu'il n'y aura qu'un asile. Cette Commission « aura pour attributions », au point de vue de la protection des biens, « de remplir les fonctions de Conseil de famille à l'égard des personnes non interdites, placées dans les établissements publics ou privés et non pourvues d'un administrateur judiciaire ou datif ».

D'après l'article 18, si l'aliéné était placé en pays étranger, la Commission de surveillance du lieu de son dernier domicile aurait vis-à-vis de lui les mêmes attributions. Enfin, par l'article 20 (dernier paragraphe), il est

ordonné que l'administration provisoire légale des biens de l'aliéné transféré continuera d'être exercée par la Commission de surveillance du département où cet aliéné à son domicile de secours. Cette dernière disposition mériterait d'être plus explicite. L'administration provisoire légale des biens n'est pas, en effet, comme nous allons le voir, obligatoire pour la Commission de surveillance; et dans le cas où elle aurait omis, à dessein, de déléguer, à cet effet, un de ses membres, cette administration passant en d'autres mains, le texte de la loi n'aurait plus de signification. Au surplus, on comprend mal que, pour un aliéné transféré, la Commission de surveillance du département où il est traité soit incomptente alors que le curateur institué près l'établissement le devienne. Pourquoi, dans ce cas, éloigner l'administrateur du curateur, quand il y a tout intérêt à les rapprocher?

Indépendamment du rôle nouveau qui serait dévolu aux Commissions de surveillance par l'article 5 du projet, de remplir dans certains cas les fonctions de Conseil de famille, spécialement dans celui de l'article 511 du Code civil et dans celui prévu à l'article 59 du projet pour l'acceptation bénéficiaire d'une succession échue à l'aliéné, l'article 10 maintient à ces Commissions le droit « de désigner un ou plusieurs de ses membres pour gérer gratuitement les biens des aliénés », mais ne leur en fait pas une obligation, comme le veut la loi actuelle de 1838. Est-ce un bien? Est-ce un mal? Je n'hésite pas à dire que c'est un mal et voici pourquoi : il n'est pas démontré que le membre de la Commission délégué à l'administration provisoire gratuite légale des aliénés, conformément à l'article 31 de la loi qui nous régit encore, ait laissé péricliter les intérêts des aliénés qui lui sont confiés, dans la limite de ses pouvoirs; dès lors pourquoi lui retirer un pareil mandat qui était gratuit et bien

exercé ? Il ne lui est pas retiré, il est vrai, théoriquement, mais dans la pratique il le sera, parce que la Commission de surveillance se gardera bien de confier une charge gratuite à l'un de ses membres, lorsqu'elle sait que son abstention, ayant pour effet d'obliger le ministre de l'Intérieur (art. 10 du projet) à nommer un administrateur provisoire légal rétribué (art. 48 du projet), les intérêts pécuniaires de l'aliéné n'anront pas à en souffrir. Il est certain cependant que la besogne qui pourrait incomber au membre de la Commission, investi nécessairement de l'administration provisoire des biens, eût été bien réduite par la création d'un administrateur datif et la multiplication des cas où un administrateur judiciaire aurait pu être nommé.

Administrateur provisoire légal. — Deux hypothèses peuvent se présenter pour qu'un administrateur provisoire légal des biens soit désigné à l'aliéné séquestré : ou bien la Commission désignera un ou plusieurs de ses membres pour cette gestion gratuite (art. 10), et nous venons de voir qu'il en sera bien rarement ainsi ; ou bien à défaut d'un administrateur ainsi désigné, le ministre de l'Intérieur en nommera un dans chaque circonscription, sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu. Outre qu'il est regrettable de ne pas voir fixer dans la loi les capacités à exiger de ces administrateurs provisoires, pourquoi ne pas indiquer, d'une façon plus claire, quelle sera la circonscription dans laquelle ils devront opérer ? De ce côté, il y aura des mécomptes, si l'article n'est pas amendé. Quoi qu'il en soit, les attributions de ces administrateurs, qu'ils soient désignés par la Commission de surveillance ou nommés par le ministre, s'étendront aux biens des personnes placées, soit dans les établissements publics ou privés, soit dans les colonies familiales. Pourquoi, en ce qui concerne les aliénés étrangers au département, leur faire désigner,

spécialement par ordonnance du président du tribunal de leur domicile, lorsqu'il y en a plusieurs dans le département, un administrateur provisoire parmi ceux qui sont en fonctions ? Cette complication est bien inutile et l'administrateur provisoire de ces aliénés qui sont étrangers au département ne devrait-il pas être celui de la circonscription de leur lieu de domicile, comme pour les aliénés traités à l'étranger ?

Ceci dit, voyons l'étendue des pouvoirs de cet administrateur provisoire légal, car c'est là le point important. L'article 58 du projet édicte que « l'administrateur provisoire peut faire tous actes conservatoires et intenter toute action mobilière ou possessoire, défendre à toute action mobilière, dès l'admission de l'aliéné dans un établissement public ou privé, et sans attendre la décision de l'autorité judiciaire sur sa maintenue ou sur sa sortie. Néanmoins, le président du tribunal, statuant en référé, peut, sur la demande de la personne internée ou de toute autre personne en son nom, ordonner que l'administrateur provisoire s'abstiendra de tout acte d'im-mixtion pendant le délai qu'il fixera. »

» L'administrateur provisoire procède au recouvrement des sommes dues à l'aliéné et à l'acquittement des dettes ; il passe les baux dont la durée n'excède pas trois ans. Les baux de plus de trois ans, sans qu'ils puissent excéder neuf ans, conformément à l'article 1429 du Code civil, doivent être autorisés spécialement par la Commission de surveillance.

« Avec la même autorisation, précédée de l'avis du médecin traitant sur l'état de l'aliéné, l'administrateur provisoire peut vendre les biens mobiliers de l'aliéné, lorsque leur valeur, d'après l'appréciation de la Commission, n'excède pas 1.500 francs en capital. Si la valeur dépasse cette somme ou s'il s'agit d'immeubles, il faut en outre l'homologation du tribunal statuant en

chambre du conseil, le ministère public entendu. Dans ce dernier cas, la vente des immeubles se fera aux enchères publiques, soit devant le tribunal, soit devant un notaire commis.

« L'administrateur provisoire reçoit toutes les sommes appartenant à l'aliéné, soit qu'on les trouve sur la personne de celui-ci ou à son domicile, soit qu'elles proviennent des recouvrements et ventes ou de toute autre cause.

« Si l'aliéné est placé dans un établissement public, l'administrateur doit, dans le plus bref délai et au fur et à mesure des rentrées, verser toutes les sommes appartenant à l'aliéné à la caisse de l'établissement, et le cautionnement du receveur est affecté à la garantie des dits deniers, par préférence aux créanciers de toute nature. Lorsque les sommes dont il s'agit excèdent les besoins courants de l'aliéné, il en est fait emploi par l'administrateur provisoire. Cet emploi est réglé, le curateur entendu, par la Commission de surveillance, quand le capital ne dépasse pas 1.500 francs ; avec l'homologation du tribunal, statuant en chambre du conseil, quand le chiffre est supérieur.

« Si l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'administrateur provisoire est autorisé à conserver entre ses mains, sous le contrôle du curateur, les sommes nécessaires aux besoins de l'aliéné, lorsqu'elles n'excèdent pas 1.500 francs. Au-dessus de ce chiffre, le mode de conservation doit être approuvé par le président du tribunal. L'emploi des sommes qui ne sont pas nécessaires aux besoins de l'aliéné est réglé, suivant qu'elles excèdent ou non 1.500 francs, comme il est dit au paragraphe précédent.

« Les titres provenant de ces emplois et tous autres titres appartenant à l'aliéné, s'ils sont au porteur, doivent être déposés à la Caisse des dépôts et consignations. »

En l'investissant de tous les pouvoirs énumérés ci-dessus, la loi future permettra à l'administrateur provisoire d'intervenir dans la plupart des cas ; d'ailleurs son rôle protecteur sera nécessairement limité à un nombre d'autant plus restreint qu'il n'aura pas à administrer les biens d'un aliéné pourvu d'un administrateur datif ou jndiciaire, et d'une aliénée mariée non séparée de corps de son mari. Dans ce dernier cas, conformément à l'article 56 du projet Dubief, le mari sera de droit l'administrateur provisoire des biens de sa femme placée dans un établissement d'aliénés ou une colonie familiale.

L'omission de cette déclaration dans la loi de 1838 crée parfois des situations de fait très bizarres, comme j'en ai vu un exemple, et on comprend mal qu'en présence de l'article 1428 du Code civil, investissant le mari de l'administration de tous les biens personnels de la femme et pouvant, sous sa responsabilité personnelle, exercer déjà seul toutes les actions mobilières et possesseuses appartenant à celle-ci, on comprend mal, dis-je, que la loi de 1838 n'ait pas cru devoir rappeler ce droit positif du mari, en lui donnant ainsi, pour le cas où sa femme viendrait à être aliénée, une double consécration légale. En disant que le mari est de droit l'administrateur des biens de sa femme, le projet Dubief lui donne par voie de conséquence tous les droits légaux d'un administrateur provisoire ordinaire. Le même article 56, dans son second paragraphe, prévoyant inversement le cas d'un mari placé dans un établissement d'aliénés ou une colonie familiale, donne à la femme, non séparée de corps, le droit de demander au président du tribunal (sans doute du domicile de son mari, on aurait dû le préciser) l'autorisation de faire les actes d'administration qu'il déterminera. Cette solution est très juste. Dans le même ordre d'idées, si l'aliéné est commerçant ou engagé dans une exploitation industrielle ou agricole, le prési-

dent du tribunal pourra aussi, sur la demande du conjoint ou de l'associé, et contradictoirement avec l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, conserver, soit au conjoint, soit à l'associé, la direction des affaires particulières et sociales, mais à la condition, pour l'un ou pour l'autre, de communiquer à l'administrateur, au moins une fois par an, un état sur la situation financière de l'entreprise (3^e et 4^e paragraphes de l'art. 56). Cette solution toute nouvelle, apportée par le projet Dubief à une situation parfois aussi intéressante que compliquée, est une amélioration très sensible de l'état de choses actuel qui n'avait rien prévu en pareille occurrence, d'autant plus que, dans l'espèce, l'administrateur peut toujours surveiller la marche des affaires au point de vue financier, et c'est le point important.

L'administrateur provisoire légal du lieu du dernier domicile d'un aliéné placé à l'étranger (art. 17, 2^e paragraphe du projet) est chargé de l'administration des biens de celui-ci, concurremment avec le curateur et la Commission de surveillance dont celui-ci fait partie. Cette disposition, qui aurait pu être formulée plus clairement, a pour but évident d'éviter les abus qui pourraient se produire si un aliéné était conduit à l'étranger, sous prétexte d'un voyage, après avoir consenti à un tiers une procuration pour une gestion sans contrôle de ses intérêts pécuniaires.

En résumé, l'administrateur provisoire légal posséderait des pouvoirs beaucoup plus étendus qu'aujourd'hui et, sauf les réserves faites sur son mode de nomination, puisqu'il peut tenir ses pouvoirs, tantôt de la Commission, tantôt du ministre, son intervention, appliquée à propos, suffira à tous les cas de pratique courante, le tribunal pouvant toujours nommer un administrateur judiciaire et le conseil de famille un administrateur datif (art. 54 du projet).

Toutefois, avant que cet administrateur puisse fonctionner efficacement, il s'écoulera toujours une période plus ou moins longue pendant laquelle les intérêts de l'aliéné pourront être en danger. Ainsi, d'après l'article 58, cet administrateur devrait recevoir toutes les sommes appartenant à l'aliéné, soit qu'on les trouve sur sa personne ou à son domicile. Il est difficile dans ce dernier cas de bien comprendre le rôle que devra jouer l'administrateur, qui sera, certainement, seulement avisé du placement après l'entrée du malade à l'asile et, dans ce cas, par quelle procédure entrera-t-il en possession des sommes qui peuvent se trouver au domicile que le malade vient de quitter? Il faudra qu'il s'en rapporte à des tiers. Ne peut-il pas se produire, à ce moment, des détournements? La loi belge est plus prévoyante et, avant la collocation dans l'asile, elle met en mouvement, s'il y a lieu, deux personnes, le bourgmestre ou maire et le juge de paix. Pourquoi n'édicterait-on pas semblable mesure et n'imposerait-on pas au maire de la résidence ou domicile de l'aliéné de prévenir le juge de paix du départ du malade dans une maison d'aliénés? Ce magistrat verrait à faire dresser, dès le jour même, surtout quand l'aliéné sans famille n'a que des collatéraux, un inventaire de tout ce qu'il laisse derrière lui. La copie de ce document, dont l'original resterait au greffe de la justice de paix, serait alors adressée au curateur et à l'administrateur provisoire. Et, à ce propos, il faut déplorer que cet administrateur provisoire ne soit pas obligatoirement choisi par la Commission de surveillance dans son sein. Le moyen qu'un mécanisme fonctionne bien, c'est que les rouages soient très simples, et l'établissement par le tribunal d'une liste dans laquelle le ministre, au refus de la Commission de surveillance de nommer un administrateur provisoire, devra en choisir un, tout cela

complique une procédure qui devrait fonctionner quasi automatiquement. Et puis, pourquoi payer l'administrateur provisoire, quand le curateur, dont la mission est autrement absorbante, ne le serait pas ?

Au point de vue du contrôle de sa gestion que la loi de 1838 n'organisait pas, l'administrateur provisoire est placé, comme le mari, le tuteur, l'administrateur judiciaire ou datif (art. 57 du projet), sous la surveillance d'un curateur auquel il doit remettre, une première fois dans le mois de son entrée en fonctions, et ultérieurement une fois tous les ans, pour être communiqué au procureur de la République, un état de la situation de fortune de l'aliéné.

Administrateur datif. — L'administrateur datif est une création du texte sénatorial, reproduite dans le projet Dubief; l'idée qui paraît avoir, avec assez de raison, inspiré l'institution d'un administrateur datif est celle-ci : L'immixtion d'un étranger dans les affaires de famille étant parfois pénible, on a voulu l'éviter au moyen de l'administrateur datif qui serait alors désigné par le Conseil de famille parmi les parents (art. 55 du projet). Pour que cette désignation soit possible, il faut que le malade ait des parents proches compris dans l'énumération de l'article 9 du projet, savoir : un conjoint, des ascendants ou des descendants, un frère, une sœur, un oncle ou une tante. Réuni à la demande de tout parent et même d'office, dit, peu clairement peut-être, le paragraphe de l'article 55 précité, le Conseil de famille nomme un administrateur à l'aliéné, et cette nomination doit être homologuée par le tribunal en chambre du conseil, le ministère public entendu. Les pouvoirs de cet administrateur datif ne pourront être, en aucun cas, moindres que ceux de l'administrateur provisoire (art. 59 du projet); et quant aux biens, ils seront les mêmes que ceux du tuteur de l'interdit et

seront régis par les mêmes règles et soumis aux mêmes conditions, à l'exception de l'hypothèque légale. Cependant le Conseil de famille pourra (art. 59), soit dans la délibération contenant nomination, soit à toute époque postérieure, demander la constitution, sur les biens de l'administrateur datif, d'une hypothèque générale ou spéciale. Cette délibération, transmise par le juge de paix au procureur de la République, sera homologuée à sa diligence par le tribunal en Chambre du conseil, et l'hypothèque inscrite par ses soins, dans le délai de quinzaine, et après acceptation, par l'administrateur, de ses fonctions,

Nous reviendrons sur ces pouvoirs quand nous parlerons de l'administrateur judiciaire; déclarons d'ores et déjà que cette extension considérable donnée aux pouvoirs de l'administrateur datif, comme, d'ailleurs, à ceux de l'administrateur judiciaire, est une très grande amélioration de la protection actuelle de la fortune des malades, et je la considère comme d'autant meilleure que, par l'institution du curateur, avec les pouvoirs dont il est armé, elle protégera, même mieux que l'interdiction, les intérêts de l'aliéné.

Les dispositions du Code civil, en ses articles 427 à 475 inclus, sont applicables à l'administrateur datif, ainsi que celles du 27 février 1880 relatives à l'aliénation des valeurs mobilières des mineurs, etc.

L'administrateur datif, à son entrée en fonctions, recevra le compte d'administration de l'administrateur provisoire légal, s'il a exercé les pouvoirs de sa fonction (art. 55), et devra, un mois après (art. 57), remettre au curateur, qui le communiquera au procureur de la République, un état de situation de fortune de l'aliéné dont il administre les biens, et ultérieurement tous les ans une fois.

(*A suivre.*)

Revue critique

QUELQUES

LIVRES RÉCENTS SUR L'ÉPILEPSIE¹

Par le Dr Ph. CHASLIN

On continue à publier beaucoup sur l'épilepsie, affection qui, comme on le sait, a eu, de tout temps, le privilège de préoccuper singulièrement les médecins et même les profanes, par suite de la terreur justifiée qu'elle inspire. On finit par connaître fort bien au point de vue clinique le *morbus sacer*; mais quand il s'agit de savoir en quoi il consiste au juste, nous allons voir que les travaux récents ne paraissent pas avoir réussi définitivement à soulever les voiles qui recouvrent son étiologie et sa pathogénie.

Les théories sur l'auto-intoxication ont, en médecine générale, pris ces derniers temps une importance considérable, et il n'est pas étonnant qu'elles aient cherché aussi à envahir le domaine de l'épilepsie; c'était à prévoir. Avec quel succès? c'est ce que cette courte revue va nous montrer; je puis bien dire tout de suite que ce succès est plutôt médiocre.

(1) J. Voisin, *L'Epilepsie*, Paris, F. Alcan, 1897. — Maurice de Fleury, *Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement*, Paris, J. Rueff, 1900. — Paul Kovalevsky, *Epilepsie, traitement, assistance et médecine légale*, Paris, Vigot frères, 1901. — Paolo Pini, *L'epilessia*, Milano, Ulrico Hoepli, 1902. — L.-W. Weber, *Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie*, Iena, Gustav Fischer, 1901. — Giuseppe Muggia, *Sopra un caso die epilessia tardiva in un alienato*, Ferrara, Stab. tipogr. Taddei-Soati, 1902.

En même temps ou un peu avant, des travaux anatomo-pathologiques ont paru un instant donner la clef de l'éénigme ; ces travaux restent, car ce sont des faits et non des théories, mais comme nous le verrons, ils n'éclairent pas beaucoup sur l'origine du mal ; ils le révèlent plutôt rétrospectivement sur la table d'autopsie, et il semble bien que le résultat le plus clair auquel sur ce point on soit arrivé est de pouvoir distinguer avec assez de vraisemblance, après la mort, l'épilepsie dite vraie, d'origine congénitale ou infantile, des épilepsies plus complexes où le facteur extérieur aurait joué un rôle plus prépondérant.

Une foule de travaux ont spécialement porté sur le traitement. Savons-nous au moins maintenant depuis eux mieux traiter les malheureux épileptiques ? Chaque médicament nouveau qui éclôt, on peut dire quotidiennement, on s'empresse de l'essayer et de l'appliquer au traitement de l'épilepsie, et souvent, en se pressant un peu, il est facile d'annoncer des résultats merveilleux. Le temps se charge de les réduire à leur juste valeur : n'oublions pas en effet cette banalité que l'épileptique est un *névrropathe* et, comme tel, extraordinairement sensible à tout changement de médicament, de régime, d'occupation même. Si bien que de cette foule de nouveaux remèdes il reste quelques-uns que l'on peut employer, concurremment avec un régime sévère et une hygiène spéciale, quand les bromures alcalins n'agissent pas suffisamment. Ce sont ces derniers en somme qui restent toujours les plus précieux ; oserai-je ajouter, avec quelques-uns des auteurs que j'analyse, qu'il ne faut pas en abuser ? Pour moi il me semble que ce n'est pas impunément qu'on intoxique chroniquement les épileptiques ; on diminue les accès, soit ; peut-être ; mais on les met dans un état de moindre résistance grâce auquel les accidents pulmonaires deviennent fréquents et dangereux ; sans compter les accidents du bromisme aigu qu'on n'arrive pas toujours à conjurer. Peut-être même un médecin qui aimera le paradoxe pourrait-il aller jusqu'à dire que l'épileptique bromuré à fond résiste moins facilement à l'état de mal que celui qui ne prend de bromure qu'à dose modérée ? Ce scepticisme, que doivent inspirer les médicaments, y compris le bromure,

quand ils ne sont pas accompagnés d'une hygiène et d'un régime rigoureusement suivis, ce scepticisme est renforcé par la lecture des ouvrages que je vais maintenant sommairement analyser.

M. J. Voisin a voulu faire un livre clinique fondé sur les observations recueillies dans son service. Sa caractéristique gît dans l'importance extrême qu'il attache aux prodromes éloignés de l'accès épileptique, particulièrement à ceux qui affectent l'appareil digestif; c'est que pour lui il y a là une relation causale entre les deux ordres de phénomènes, l'auto-intoxication finissant par amener l'accès. M. J. Voisin décrit particulièrement bien les troubles mentaux liés à l'épilepsie, les fugues de la folie épileptique et la démence terminale. Il décrit une forme spéciale de cette démence, avec tabès spastique; elle n'arrive que « chez les épileptiques qui ont présenté ou de l'aphasie avec hémiplégie, ou de l'hémiplégie sans aphasic, ou encore de la monoplégie et des accès sériels nombreux avec un état gastrique des plus prononcés. Pour nous, dit-il, c'est l'infection qui est cause de ce tabès spastique ou diplégie cérébrale. L'état de mal agirait donc comme la rougeole ou la variole ou tout autre maladie infectieuse. Ces symptômes tabéto-spastiques sont pour nous une preuve de plus à l'appui de notre théorie infectieuse pathogénique de l'épilepsie. » Avec Raymond Petit, M. J. Voisin a fait en effet de nombreuses expériences sur la toxicité urinaire. Pour lui, en même temps que les troubles digestifs et les manifestations épileptiques, il y a hypotoxicité urinaire. La disparition de l'état gastrique et le retour à l'état normal après le paroxysme sont accompagnés d'hypotoxicité urinaire. L'épilepsie a pour cause, tantôt cette intoxication, tantôt une cicatrice crânienne ou une irritation périphérique; mais dans le cas d'intoxication, l'évolution est particulière; « si l'état gastrique est constant avec l'épilepsie générale, l'hébétude post-paroxystique est de règle et la démence est fatale. » La conséquence thérapeutique de cette conception pathogénique est un traitement qui s'adresse à l'état gastro-intestinal, à l'élimination des poisons par le rein et la peau, aidée de l'hydrothérapie et de l'admi-

nistration du bromure, mais très surveillée. Dans l'état de mal, M. J. Voisin a vu les bons effets du bain froid et des injections de sérum artificiel, même intra-veineuses.

Le bromure, M. Voisin y insiste, est un médicament qui peut être supprimé avec avantage, quelque temps, chaque fois qu'il y a trouble gastrique. Des mesures d'hygiène et une alimentation plutôt lactée viennent compléter le traitement. Ce livre, très clair, avec de bonnes observations cliniques, aboutit à faire envisager les épileptiques comme des malades qu'il faut traiter individuellement avec toutes les ressources de l'hygiène thérapeutique et relativement avec peu de médicaments. Les idées théoriques de mon excellent maître M. J. Voisin l'ont amené à cette conclusion essentiellement pratique et réellement utile.

Les recherches de M. Maurice de Fleury ont porté sur quelques points de la pathologie de l'épilepsie, comme la tension artérielle mesurée par le sphygmomanomètre de Potaïn, la numération des globules, la force dynamométrique. Le traitement l'a surtout préoccupé ; il nous montre des cas où des injections de sérum artificiel, associées au bromure, ont donné les meilleurs résultats. Il a parfaitement raison à mon avis de se méfier des hautes doses de bromure ; c'est toujours avec de petites qu'il a eu des succès. Il insiste aussi beaucoup sur le régime alimentaire, d'autant plus que, lui aussi, attribue une grande importance à l'état des voies digestives.

Avec le livre de M. Kovalevsky, nous abordons un autre domaine. S'il s'agit ici aussi du traitement, il est question surtout très au long de l'assistance des épileptiques pauvres, avec quelques considérations de médecine légale. « Le centre de gravité dans le traitement de l'épilepsie doit être non sur des médicaments, mais sur la nutrition, sans quoi chaque cure restera inefficace. » On ne peut faire une remarque plus importante et plus vraie. M. Kovalevsky réduit extrêmement la ration de viande ; le bœuf seul est permis et même pas tous les jours et surtout dans les cas de dénutrition marquée. Le lait et les légumes sont à recommander avant tout. Il

donne le bromure, mais à dose très modérée. Il défend l'alcool sous quelque forme que ce soit d'une manière absolue.

Il attache une très grande importance à la vie en plein air dans les colonies agricoles ; il regrette qu'en Russie, l'assistance aux épileptiques soit encore très rudimentaire et il envie le système allemand sur lequel il s'étend avec complaisance. Il décrit en détail les colonies de Wuhlgarten, de Uchtspringe et de Béthel et on lira ces descriptions avec intérêt.

M. Kovalevsky est animé d'un esprit charitable et religieux très intense auquel je m'empresse de rendre hommage, mais qui, je le crois, l'empêche de reconnaître avant tout qu'à côté de la nécessité actuelle de traiter et d'hospitaliser *intelligemment* (ce qui n'a pas tout à fait lieu en France) les épileptiques et autres impuissants sociaux, nécessité incontestable, l'effort principal à faire est du côté de la prophylaxie. La charité est une très belle chose qui doit peu à peu céder la place à un autre sentiment, celui de la prévoyance individuelle et sociale qui permettra de prévenir les misères au lieu de se borner à les secourir (si mal !) une fois créées. L'épilepsie est un fléau très répandu partout : en Russie, d'après M. Kovalevsky, il y aurait 200.000 épileptiques ; et les établissements où on les soigne ne disposent que de cent-cinquante à deux cents places ! C'est évidemment peu ; mais si M. Kovalevsky, avec l'ardeur au bien et la conviction qui transparaît dans ces pages tentait la tâche ardue de répandre les préceptes de l'hygiène sociale, il me paraîtrait faire une œuvre encore plus réellement dans le courant actuel de la médecine, devant de jour en jour plus préventive, une œuvre encore plus utile à l'humanité que l'assistance pure et simple aux malheureux épileptiques maintenant existants. Il est vrai que cette hygiène vraiment sociale, publique, est autant du ressort de la sociologie et de la politique que de la médecine, on peut dire, malheureusement : car il est à craindre que les progrès en ce sens ne soient bien lents à se faire ! Il ne s'agit pas seulement de législation, il s'agit de mœurs à améliorer, de vices, comme la prostitution propagatrice de syphilis, comme l'alcoolisme, le grand créateur de l'épilepsie, à combattre et à

faire disparaître. Le médecin ne peut que signaler le danger, il doit le faire sans relâche, mais il est incompetent, en tant que médecin, dans l'indication des remèdes sociaux à appliquer.

Le petit livre de M. Paolo Pini est une thèse de doctorat. Comme le dit le professeur P. Albertoni dans une introduction, c'est une compilation qui vaut bien une de ces petites recherches soi-disant originales que l'on prend l'habitude de faire comme thèse. Elle vaut même beaucoup mieux que la plupart de celles-ci. C'est une revue complète de tout ce qui a été fait au point de vue du traitement de l'épilepsie en ces derniers temps, d'une critique serrée et impitoyable qui ne laisse pas grand'chose debout. Celui qui voudra seulement lire la table des matières verra tout ce que l'on a tenté sous l'influence des théories ou seulement sous l'influence du besoin d'essayer au hasard un médicament nouveau. M. Pini pour mettre de l'ordre dans son exposition classe les tentatives thérapeutiques suivant leur origine théorique. C'est ainsi que la théorie de l'intoxication, les recherches sur l'urine, l'élimination du bleu de méthylène, la sueur, le sang, le suc gastrique, l'auto-intoxication acide (Haig, Krainsky) ont pour conséquence des régimes alimentaires spéciaux ou l'emploi des substances soi-disant désinfectantes comme le borax (cure de Welch). Que reste-t-il de tout cela pour M. Pini? Seulement ceci : que très souvent, mais pas toujours, comme le dit M. J. Voisin, des troubles dyspeptiques paraissent jouer un rôle très important ; que le traitement de ces troubles donne de bons résultats, même sans bromure ; et qu'un régime lacté et végétarien est dans un grand nombre de cas le meilleur traitement à opposer à l'épilepsie avec une hygiène sévère et une vie des plus réglées au plein air. Ces conclusions ne seront pas pour déplaire aux auteurs que nous avons analysés d'abord, M. J. Voisin, M. de Fleury, Kovalevsky ou à moi-même. Les nouvelles recherches sur l'auto-intoxication, *qui n'est pas encore démontrée*, ont tout au moins le bon effet de remettre en honneur le vieux régime des anciens!

La théorie de l'infection a donné naissance au traite-

ment par les antitoxines et au traitement antirabique : succès négatif.

La théorie dynamique, elle, a donné naissance à une quantité de succédanés du bromure de potassium que je n'énumérerai pas (on les trouvera dans le livre de M. Pini), et à quelques procédés spéciaux d'administration de ce bromure avec ou sans autres médicaments, tels que la cure métatrophique (par le lait), de Richet et Toulouse, renouvelée aussi des anciens, mais par une théorie moderne, la cure de Flechsig, celle de Bechterew, l'association des injections salines aux petites doses de bromure préconisée par M. de Fleury.

Celui-ci a obtenu, comme nous le savons, de bons résultats ; pour Landenheimer ce procédé éviterait le brome seul et augmenterait l'action du bromure, d'après les analyses chimiques du sang et des urines. Juste l'opposé est la théorie de Richet et de Toulouse. Guicciardi et Bernardini ont été loin d'obtenir avec le régime hypochloruré les bons effets prédits.

Aussi M. Pini, avec d'autres auteurs, fait-il rentrer l'action du régime lacté seulement dans le cadre des moyens à employer pour combattre l'état gastrique et n'ayant qu'une valeur transitoire. Garbini, au contraire, a noté des succès avec le régime lacté sur de nombreux malades.

A propos des différentes méthodes d'administration du bromure de potassium, l'auteur cite les bons résultats obtenus par Gowers et Murri en le donnant à doses massives (jusqu'à 20 grammes par jour) pendant quelque temps seulement.

Frigerio, dans les états de mal, a donné sans aucun accident des injections hypodermiques de bromure de potassium de 2 centigrammes à 50 centigrammes pour 1 gramme d'eau.

Quant à la cure de Flechsig, elle expose à des dangers graves, et celle de Bechterew ne serait utile que dans des cas d'épilepsie cardiaque, vasculaire ou sénile (?).

Parmi les succédanés du bromure de potassium, le bromure de strontium trouve grâce devant M. Pini ; il aurait un bon effet sur les voies digestives.

Les polybromures et le bromure de sodium peuvent

aussi être employés. Il passe sous silence les autres, tels que le bromure d'or tombé dans l'oubli, ou de tout nouveaux tels que le bromoeigone (Tischer et Beddies) sur lequel on fait encore des expériences.

L'opothérapie n'a pas à retenir notre attention, pas plus qu'une série de médicaments, sulfonal, chloralose, etc. Ces derniers peuvent pourtant parfois servir.

Des moyens physiques il n'y a réellement à tirer parti que de l'hydrothérapie, du repos au lit, surtout dans la déchéance et les psychoses épileptiques. Quant à la psychothérapie, c'est une illusion que de croire à un résultat quelconque par son emploi.

Le livre se termine par un exposé des organisations de l'assistance aux épileptiques dans les différents pays et de la législation. À propos de la France je relèverai une légère omission. A Paris, un certain nombre d'épileptiques peuvent être hospitalisés à Bicêtre et à la Salpêtrière sans passer sous les formalités de la loi des aliénés de 1838 ; il serait à souhaiter que l'on étudie largement ce procédé vraiment le plus pratique dans le plus grand nombre de cas. M. Pini préconise comme tout le monde les colonies agricoles.

En appendice on trouvera reproduite une communication faite au onzième congrès de psychiatrie italien à Ancone, en octobre 1901, par le professeur Carlo Ceni, sur les propriétés toxiques et thérapeutiques du sérum du sang des épileptiques et ses applications pratiques. M. Ceni aurait obtenu de bons effets sur l'état mental et convulsif de quelques malades par l'ingestion de sérum de sang des épileptiques. Il tire de ces expériences des conséquences théoriques qui, comme toujours en pareille matière, ne sont que des hypothèses, à vérifier si l'on peut.

Si nous en venons maintenant à l'anatomie pathologique, on verra avec M. Weber que décidément on trouve des lésions parmi lesquelles il semble bien que la gliose de la partie superficielle de l'écorce soit à peu près constante dans les cas où l'épilepsie est développée de bonne heure ; mais cela ne serait que le signe même de cette épilepsie et pas sa lésion causale, suivant l'hypothèse que j'avais émise il y a déjà longtemps. Cela per-

mettrait pourtant dans un certain nombre de cas de conclure, *post mortem*, avec vraisemblance, à l'existence d'une épilepsie vraie pendant la vie, et suivant le genre de lésions, à certains symptômes et à la marche de l'affection épileptique. Lorsqu'on trouve des lésions localisées, l'extension à toute l'écorce d'un processus pathologique ou la non-extension permet de conclure à l'épilepsie vraie ou à la symptomatique. Donc il y a une anatomie pathologique de l'épilepsie, variable suivant les cas ; mais elle ne représente par la « lésion » de l'épilepsie. Cela me paraît assez exact. Si les hypothèses que j'avais émises autrefois ne paraissent pas toutes confirmées, il me paraît pourtant bien que les faits que j'avais établis doivent être considérés comme acquis, entre autres l'existence de cette bordure de prolifération névroglique que j'ai été, je crois, le premier à signaler et à figurer et que M. Weber décrit soigneusement avec de bonnes planches.

En terminant cette courte revue je signalerai une observation sur un cas d'épilepsie tardive chez un aliéné par Giuseppe Muggia. A cinquante-cinq ans un individu atteint de folie périodique est pris pour la première fois d'un accès épileptique. Qu'est-ce que cette épilepsie ? L'auteur se livre sur ce point à la discussion habituelle ; il conclut en disant que l'épilepsie et la folie périodique sont des rameaux d'un même tronc dégénératif, que chez son malade prédisposé spécialement à l'épilepsie, puisque tous les intermittents ne sont pas atteints, c'est l'artério-sclérose évidente qui a été la cause occasionnelle de l'accès. Cette explication n'est qu'une explication verbale, en l'absence de données positives sur l'étiologie de l'épilepsie ; et malheureusement en matière d'hérédité, de dégénérescence, de folie et d'affections nerveuses, les mots jouent encore trop souvent un rôle prépondérant. Ils ont le tort grave d'arrêter les recherches objectives d'étiologie et de pathogénie, en masquant notre ignorance à nos propres yeux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 AVRIL 1902

Présidence de M. MOTET.

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

M.M. Bernard-Leroy, Dide, Doutrebente, Philippe, Thivet, Trénel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre du XIV^e Congrès international de médecine remerciant la Société d'avoir désigné ses délégués;

2^o Une lettre de M. Ernest Dupré remerciant la Société de l'avoir élu membre titulaire;

3^o Une lettre de M. Jean Philippe remerciant la Société de l'avoir élu membre correspondant;

4^o Une lettre du Dr Comar sollicitant le titre de membre correspondant. (La commission est composée de MM. Blin, Sérieux et Sollier, rapporteur.)

5^o Une lettre de M. Edouard Brush sollicitant le titre de membre associé étranger. (La commission est composée de MM. Ballet, Falret et Semelaigne, rapporteur.)

La correspondance imprimée comprend :

1^o Deux travaux de M. Masoin intitulés : Epilepsie tardive et épilepsie sénile, et Remarques sur la catatonie;

2^o Un travail de M. Buvat sur les sérum artificiels dans le traitement des maladies mentales;

3^o La *Revue de l'hypnotisme*, numéros de mars.

Rapports de candidature.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, au nom de la Commission composée de MM. Christian, Garnier et Roubinovitch, rapporteur, j'ai l'honneur de vous présenter un exposé des titres et travaux de M. le Dr Semidalow qui sollicite le titre de membre associé étranger de notre Société.

M. Benjamin Semidalow est actuellement médecin de la maison d'aliénés d'Alexeëw et de la Clinique psychiatrique de Moscou. Il a travaillé pendant plusieurs années sous la direction du regretté professeur Korsakoff dont l'enseignement a eu la plus heureuse influence sur la tournure scientifique de son esprit. Nous en trouvons la preuve dans une série de publications que M. Semidalow nous a adressées à l'appui de sa candidature.

En 1893, le lathyrisme a fait de sa part l'objet d'une recherche clinique. Jusqu'en 1892, on ne connaissait guère en Russie de cas de lathyrisme endémique, cela pour une raison très simple : les diverses variétés de *latyrus sativus* ne sont cultivées dans ce pays que depuis très peu de temps ; de plus, cette plante ne sert habituellement là que pour la nourriture des bestiaux. Or, vers 1891, à la suite d'une famine dans un district du gouvernement de Saratow, les paysans ont été obligés de se nourrir pendant plusieurs semaines avec du pain composé aux deux tiers de *latyrus*. Aussi, un certain nombre de ces paysans ont-ils été intoxiqués et ont présenté tous les symptômes du lathyrisme : pyrosis, vomissements, douleurs lombaires, secousses musculaires dans les mollets et les cuisses, parésie des membres inférieurs, démarche spastique, troubles sphinctériens transitoires du côté de la vessie et du rectum, tremblement des mains et des pieds. A côté de ces symptômes médullaires, on n'a constaté aucun trouble psychique. Les trois observations personnelles de M. Semidalow se rapportent toutes à des hommes jeunes et constituent une contribution utile à l'histoire clinique du lathyrisme en Russie.

En 1895, notre confrère russe publie une observation

d'*akinesia algera*, syndrome décrit pour la première fois en 1891, par Möbius, et sur lequel Erb, Longard, Bechtereff, König, Ferrari, Schpanbock ont successivement fait paraître des monographies intéressantes. L'observation de M. Semidalow paraît en effet typique : au premier plan se trouve cette sensation particulièrement pénible survenant à propos du moindre mouvement ; le malade, un gentilhomme de trente-six ans, se condamne à l'immobilité absolue par crainte de ces sensations douloureuses provoquées par un acte quelconque. C'est la « peur du mouvement » s'accompagnant de dépression psychique, de céphalalgie, de pesanteur de la tête, d'insomnie. Dans les observations publiées par Möbius et les autres auteurs allemands, l'hystérie paraît hors de cause. Dans le cas de M. Semidalow, on a pu observer des phénomènes hystériques à titre de simple coïncidence. Ce syndrome mérite-t-il vraiment une place à part en nosologie ? M. Semidalow serait disposé à le considérer comme une véritable psychonévrose, comme une entité morbide. C'est peut-être un peu exagérer son importance. Ajoutons que le malade qui a fait l'objet de cette observation a guéri, tout en restant un individu fortement instable, déséquilibré, ayant une héritéopathie assez chargée.

M. Semidalow a consacré au *délire aigu* deux mémoires, l'un en 1900, l'autre en 1901. Les deux cas relatés dans le premier mémoire ont été suivis d'un examen anatomo-pathologique très détaillé, en collaboration avec M. Weidenhammer. Il résulte de cet examen que le *délire aigu* peut se définir ainsi : une *méningo-polyencéphalite corticale aiguë hémorragique*. Le mémoire de 1901 contient une observation très intéressante de *délire aigu* survenue au dixième jour d'une infection scorbutique et qui s'est terminé par la guérison.

Citons aussi deux observations de *confusion mentale pseudo-aphasique*. Cette variété qui a été signalée pour la première fois par Meynert, avant même qu'il ait décrit son *acute Verwirrtheit*, se caractérise, comme l'on sait, outre la confusion dans les idées et les associations, par une parésie faciale, une parésie des extrémités, une incapacité marquée, pas absolue, de nommer

les objets les plus usuels, une tendance à remplacer le nom des objets par la description de l'usage auquel ils servent. Ces troubles pseudo-aphasiques surviennent généralement à l'acmé de la confusion mentale et durent quelques jours tout au plus. Jamais les accidents n'ont pris l'aspect de la vraie aphasie, aussi bien dans les cas de Meynert que dans ceux rapportés par M. Semidalow.

Enfin, nous devons signaler un travail fait en collaboration avec M. Weidenhammer sur un cas de mélancolie anxieuse avec spasme respiratoire étudié par la méthode graphique. Il résulte de l'examen de divers tracés que tous les muscles respiratoires ont pris part à ce spasme, mais que cependant les muscles expirateurs se sont contractés d'une façon prédominante.

L'aperçu de divers travaux de M. Semidalow vient de nous convaincre que notre frère de Moscou sera une importante recrue pour notre Société. Aussi, la Commission vous propose-t-elle de donner une suite très favorable à sa demande et de le nommer membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

M. Semidalow est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Motet, Ballet et René Semelaigne de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Tambroni qui sollicite le titre de membre associé étranger.

Le Dr Tambroni, directeur du Manicome de Ferrare, membre de l'Académie des sciences médicales et naturelles de cette ville, président du conseil de l'Ordre des médecins de la province, est bien connu de tous pour ses travaux scientifiques. Parmi les nombreux ouvrages qu'il a publiés, je me bornerai à citer les suivants :

- *De la guérison spontanée de l'épilepsie.*
- *Contribution à l'étude de la température chez les aliénés.*
- *Sur un cas de démence paralytique chez un individu atteint d'atrophie musculaire progressive.*
- *Folie morale et épilepsie.*
- *Folie simulée.*
- *Le sulfate neutre de duboisine dans les maladies mentales.*

- Contribution à l'étude d'une nouvelle modalité de sensibilité cutanée
- Article « Psychiatrie » dans l'*Encyclopédie médicale Vallardi*.
- Article « Folie impulsive » dans la même *Encyclopédie*.

Messieurs, je suis heureux d'avoir à vous proposer, au nom de votre Commission, de bien vouloir accorder au Dr Tambroni le titre de membre associé étranger.

M. Tambroni est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Le cas de Josépha Greno. — Rapport sur un travail du professeur Miguel Bombarda.

M. DUPAIN. — Messieurs, notre distingué collègue, M. le professeur Miguel Bombarda, vient d'adresser à votre Société une brochure d'une centaine de pages intitulée : *Le cas de Josepha Greno*, par les experts du procès. Il s'agit d'un rapport médico-légal. Les experts étaient : les Drs da Silva Amedo, Manoel Diego Valladares et Miguel Bombarda, ce dernier rapporteur.

M^{me} Josepha Greno a tué son mari à coups de revolver au mois de juin 1901. Le tribunal ayant eu des doutes sur l'intégrité des facultés mentales de l'inculpée l'a envoyée devant le conseil médico-légal de la circonscription de Lisbonne. Ce conseil, après examen, a décidé l'admission ou, pour mieux dire, la mise en observation de la susdite dame Josepha à l'asile d'aliénés de Rilhafolles, le 2 juillet, sept jours après l'acte criminel. Le rapport des trois experts affirme en ses conclusions que M^{me} Josepha est aliénée et que le crime dont elle est prévenue n'est que le fruit immédiat de sa maladie mentale. (O crime de que é accusada é fructo immédiato de sua doença mental). Ce rapport porte la date du 4 octobre 1901. La durée de la mise en observation de la malade a donc été de plusieurs mois.

Somme toute, Messieurs, cette affaire peut se résumer en un simple fait divers comme nous en voyons, malheureusement, trop souvent ; mais il faut croire que ce déplorable événement produisit à Lisbonne une impression profonde et que le retentissement en fut

considérable puisque les experts prirent la résolution de livrer leur rapport à la publicité en l'accompagnant de commentaires. C'est l'objet de la brochure. Elle commence par ces mots : « Etant donné l'état de la civilisation actuelle, lorsque les esprits sont illuminés par l'éclat de la science, il semblerait que la voix insensée des passions populaires eût gardé le silence, et que toujours, sereine et rayonnante, la lumière de la vérité triomphât. Mais les temps passent et l'aveuglement reste. On veut aujourd'hui la mort et la condamnation d'une innocente. On veut de plus que la vérité ne puisse pas faire entendre sa parole et que la conscience de ceux qui jugent se taise au bruit des clamours des passions. »

Après ce préambule, que j'ai traduit presque mot à mot, l'auteur cite les cas de Vacher, d'Ardisson et arrive à son sujet. « Une aliénée tue son mari. Le crime s'accomplit dans des circonstances retentissantes par le nom des personnes et par la surprise de l'événement. L'écho en fut très grand dans le public, et la révolte qui souleva l'indignation populaire fut telle que l'opinion n'aurait pas même été satisfaite par une condamnation, qui ne vint pas ; mais elle reçut comme une violence et un affront le diagnostic d'aliénation mentale, porté par tribunal des experts... Le peuple se plaignit de la solution donnée à l'affaire Josepha Greno. Il voulait à tout prix la condamnation de la criminelle, tout aliénée qu'elle fût... On émit bientôt des doutes sur la science de ceux qui avaient jugé et qui le firent avec tous les recours de leur savoir et dans toute l'étendue de leur conscience, quelles que fussent être les conséquences prévues de leur arrêt.

« On arriva aux bornes du ridicule dans cette guerre entreprise contre les experts du procès. Les uns, avec une gravité prudhommesque, rendirent leur sentence sur la fausse route suivie par la psychiatrie moderne, et solennellement la condamnèrent au nom de leurs impressions et de leurs idées primitives en matière d'aliénation mentale. Les autres, possédés de la rage de la contradiction, cherchèrent un biais et posèrent un point d'interrogation devant la science des hommes qui étudièrent Josepha et ne virent en elle qu'une aliénée. Et tous déclarèrent que les experts s'étaient trompés. Les vrais

savants étaient ceux qui ne savaient pas distinguer la fureur d'un maniaque de l'agitation d'un fébricitant. C'étaient les véritables observateurs ceux-là mêmes qui n'étaient pas arrivés, une seule fois, à voir l'accusée. »

Les experts publièrent donc leur rapport, dont je vous ai donné ci-dessus les conclusions, et de plus ils demandèrent l'avis de leurs collègues, médecins aliénistes, tant en France qu'à l'étranger. « La véracité de l'opinion médicale qui vit en Josepha une aliénée est confirmée par les documents venus d'aliénistes éminents qui nous firent l'honneur de répondre à notre consultation. Ce sont des documents décisifs : tous concourent à la maladie mentale de Josepha. »

Les experts donnent ensuite des renseignements complémentaires sur la malade, ses antécédents héréditaires, ses antécédents personnels ; cette observation clinique est, du reste, prise avec beaucoup de soins, tant au point de vue de la mentalité que de l'examen somatique. La sensibilité tactile est intacte ; on ne trouve ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni dysesthésie, etc. Les réflexes sont normaux. L'examen du champ visuel des couleurs ne présente rien de particulier. On note un souffle au premier temps à l'aorte, etc.

Au point de vue mental, c'est une persécutée homicide qui dans un accès de délire de jalousie a tué son mari. Josepha demeura internée à l'asile de Rilhafolles. Elle y mourut le 28 janvier dernier. L'autopsie a révélé l'existence de l'athérome des vaisseaux de l'encéphale (elle avait cinquante-deux ans), surtout ceux de la base, et d'un foyer de ramollissement dans l'hémisphère gauche. Le cœur était hypertrophié et l'aorte parsemée de plaques athéromateuses.

En résumé, le cas de Josepha Greno ne nous apprend rien que nous ne sachions déjà sur les aliénés meurtriers. Les développements que donnent les auteurs à la fin de la brochure sur le délire de la jalousie, sur le délire systématisé et la paranoïa, sur les dégénérés persécutés-persécuteurs, les processifs, qu'en bon portugais ils appellent « demandistas » (chicaneurs), paraissent plutôt faits dans le but d'éclairer l'opinion publique portugaise, les gens du monde, afin de bien les convaincre

que Josepha était une aliénée et que sa véritable place était dans un asile et non dans une prison.

Analyse des éléments de nos images mentales,

par le M. D^r JEAN PHILIPPE.

Je viens présenter à la Société le résultat de quelques observations d'images mentales que j'ai recueillies et analysées en détail pour dégager les divers éléments qui les composent. Cette analyse m'a montré que ces images n'étaient ni des touts simples ni des synthèses au vrai sens du mot, mais des composés de deux sortes d'éléments, les uns primitifs, les autres rapportés ou surajoutés. Ces deux sortes d'éléments subissent d'ailleurs dans leur nature et leurs rapports des modifications plus ou moins profondes, selon l'ancienneté et le degré d'usure des images, ainsi que je l'ai déjà montré dans une étude précédente (1). Les constatations de ce genre sont de nature à éclairer le diagnostic et l'interprétation de certains troubles mentaux, ceux des aphasies d'évocation et de la confusion mentale en particulier.

Je n'ai étudié que les images visuelles, mais on peut les considérer à ce point de vue, et ainsi que l'admet Ribot, comme significatives de toute notre imagerie mentale. Mes études ont porté sur six personnes, appartenant à peu près toutes au même niveau intellectuel (médecins, avocats, etc.), et qui devaient me décrire, à leur choix, une page de livre dont la lecture ne fût pas récente, et, à mon choix, l'image visuelle de l'église de Notre-Dame de Paris. Les observations recueillies se superposent assez exactement pour autoriser les conclusions suivantes.

Quand une image visuelle est assez importante et assez précise pour être décrite, elle se compose de deux sortes d'éléments faciles à distinguer dans les descriptions de cette image : les uns lui sont propres et proviennent des perceptions originelles qui lui ont

(1) Les transformations d'images mentales (*Rev. philos.*, juin 1897).

donné naissance; les autres lui sont extérieurs et étrangers, et forment en quelque sorte ses liens d'association avec les autres images mentales.

Ces derniers (éléments étrangers et extérieurs) appartiennent à trois genres différents, et sont, en allant, de dehors en dedans :

a) Des éléments tout à fait extérieurs, qui n'appartiennent presque pas à l'image et que l'on peut appeler *logiques*. On les désigne le plus souvent par une de ces formules : je *sais* qu'il y a là telle chose, je ne la vois pas, mais je *sais* qu'elle existe, parce qu'en ce cas, il en est toujours ainsi; il *doit* y avoir ceci et cela, etc. Selon l'expression très caractéristique d'une des personnes qui nous décrivaient leurs images « cela ne vient pas de la mémoire (1), mais de la réflexion ».

b) Des éléments représentatifs, qui s'offrent dans le corps même de l'image à la vision mentale, et qui en font partie en ce sens qu'ils se présentent en même temps qu'elle; mais nous savons très bien d'autre part qu'ils ne lui appartiennent pas réellement, qu'ils ont été rajoutés et qu'ils viennent d'autres images : ce sont donc, en réalité, des éléments étrangers à l'image et rapportés pour la compléter ou par besoin de symétrie; c'est pourquoi on les désigne ainsi dans les descriptions : « Je rajoute un tel détail, parce que cela fait bien, mais je sais que cela n'appartient pas à cette image; seulement, comme là il n'y avait rien... un vide à combler... ». Ce sont bien des éléments imagés proprement dits, mais on les a transportés d'une autre image dans celle-ci, et on sait qu'ils n'appartiennent pas en propre à cette image.

c) Enfin, on rencontre aussi des vides, ce qui signifie qu'à certains endroits, le regard mental porte sur des espaces, des *blancs* où il ne voit rien, mais où il sait qu'il y a quelque chose qu'il ne peut apercevoir. Si nous plaçons cet élément au-dessous du précédent et plus rapproché que lui de l'image proprement dite, c'est qu'il nous semble qu'il est antérieur dans le temps : en effet, ces vides représentent des pertes de souvenir,

(1) Entendue au sens d'imagination.

de parties qui existaient primitivement dans la représentation évoquée; à cet état primitif a succédé et continue encore l'absence pure et simple de cette partie locale de la représentation; c'est plus tard seulement que, à un troisième stade, apparaîtra l'élément étranger *venu pour combler ce vide.*

Les éléments propres de l'image se présentent aussi sous trois aspects :

a) On trouve d'abord une sorte de silhouette, une vue d'ensemble sans contours bien nets très souvent. Tout cela repose sur une certaine tonalité, un vague sentiment de coloration, quelque chose de très peu précis et analogue à ces schémas auxquels Flounoy accorde une très grande importance pour la conservation de nos représentations mentales. L'image schématique ainsi invoquée arrive très rapidement, n'embarrasse pas l'attention ou la conscience par la multitude de ses détails et suffit amplement à jouer le rôle de l'image proprement dite dans nos opérations mentales. Sous cette forme, les images surabondent et il est très facile d'en évoquer; il est probable que la plupart de celles que nous avons ne peuvent être poussées plus loin. En tout cas, il serait intéressant de savoir quelle est la proportion de ces formes frustes et incomplètes avec les images plus complètes, auxquelles nous n'avons recours que dans les cas extraordinaires.

b) Quand on veut préciser davantage, on voit apparaître des éléments particuliers beaucoup plus précis que cette simple silhouette, mais qui ne sont pas encore la reproduction des perceptions originelles. C'est plus général, plus abstrait et moins *visible* ou moins facile à se représenter, à visualiser. Ainsi, s'il s'agit d'une page d'impression, ces éléments sont déjà des formes de lettres assez précises pour qu'on puisse dire de quel caractère sont ces lettres et quel est leur aspect à l'œil, etc. *Mais on ne peut les lire*, l'image n'est pas assez nette. S'il s'agit d'un monument, on verra non seulement la silhouette, mais encore des détails ici et là, par exemple une statue, sans que l'on puisse dire cependant quelle est exactement cette statue, car ce n'est en quelque sorte qu'une silhouette plus petite, partielle, dans la silhouette générale. L'impression mentale est à peu

près la même que la perception d'un objet trop éloigné pour être bien distingué.

c) Il y a enfin les éléments que l'on peut nettement *visualiser*, éléments tellement nets qu'ils reproduisent presque la perception primitive : c'est une vision mentale, presque identique à la vision originelle. Tel est le cas de ces mots d'une page si bien conservée que l'on peut, après plusieurs années, non seulement revoir leur place dans la page dont on a la silhouette, mais les *relire isolément et sans rappeler le contexte*. C'est la partie stéréotypée de l'image, celle qui se présente avec une fidélité presque hallucinante, et qui ne diffère de la perception primitive que par l'absence d'éléments objectifs. Il convient d'ailleurs de dire dès maintenant que ces éléments, aussi précis que si notre image mentale était toute neuve, ne se rencontrent pas dans toutes les images ; mais nous les avons rencontrés dans plus de la moitié.

Ces divers éléments sont d'ailleurs fort inégalement répartis, on trouve ensemble les plus disparates : ainsi tel élément logique, le plus extérieur à l'image, peut voisiner avec un élément visualisé, le plus central dans l'image ; un vide joint un schéma partiel, etc. L'image est une sorte de mosaïque d'éléments divers assez irrégulièrement rassemblés ; il ne semble pas qu'une succession logique ait réglé ces diverses augmentations et diminutions des éléments primitifs. Il serait cependant important, au point de vue qui nous occupe, de savoir pourquoi certains éléments primitifs ont disparu, pourquoi d'autres étrangers sont venus s'adjoindre au corps de l'image ; il faudrait aussi connaître dans quel ordre se font ces changements, quel élément disparaît d'abord, quel autre vient en premier lieu pour les remplacements à faire, et le pourquoi de tout cela. — Du moins, ce qui nous semble bien établi dès maintenant, c'est que les images mentales, sur quoi nous appuyons nos souvenirs et sur lesquels opère l'idéation, ne sont pas des résidus inertes et immobiles de perceptions antérieures ; ce sont des vivants, capables de se transformer, d'évoluer, de grandir ou de diminuer, par accroissements et pertes. Comme tout vivants, elles sont susceptibles d'altérations pathologiques qui nécessairement retentis-

sent sur les opérations mentales auxquelles elles concourent. Par ce côté, leur étude intéresse la question des aphasies et de la confusion mentale dans la mesure où elles servent à l'idéation et dans la mesure où elles sont nécessaires au langage.

DISCUSSION.

M. VALLON. — Avez-vous observé ces faits sur le même individu ou sur plusieurs ?

M. PHILIPPE. — Je les ai observés chez sept individus appartenant aux mêmes classes, médecins, avocats, etc. On retrouve chez tous la même chose.

M. VALLON. — Cependant la mémoire visuelle varie beaucoup. Or, n'est-ce pas chez ceux où il y a peu de mémoire visuelle qu'interviennent les éléments logiques ?

M. PHILIPPE. — Ce sont surtout des sujets visuels que j'ai observés. Le type de mémoire se modifie aussi avec l'âge.

M. VALLON. — En effet, on fait la part de l'éducation pour le développement d'un type de mémoire ; mais il serait bon d'étudier les autres formes de mémoire parallèlement. Il serait bon de nous donner le pourquoi de la chose.

M. BALLET. — Pourriez-vous nous donner des exemples concrets de ce que vous appelez les éléments logiques de l'image mentale ?

M. PHILIPPE. — Je demande par exemple de me dire ce qu'il y a sur une page d'un livre à un étudiant. Il choisit la première page du *Dictionnaire de physiologie* de Richet et dit : « Je ne me rappelle pas le haut, mais il doit y avoir telle chose, tels caractères, etc., mais je ne vois pas le titre ; — pour tel article je ne vois pas la signature, mais c'est un petit article et il ne doit pas être de Richet. » Un sujet même me disait : Ceci, je ne le vois pas, mais c'est de la réflexion.

M. BALLET. — Cet exemple me suffit pour ne pas être de votre avis. Tout phénomène de souvenir est composé de représentations mentales multiples. Or, là, peut-on faire intervenir un autre élément que la représentation ? Cet exemple ne me convainc pas, je suis convaincu que votre sujet s'est mal analysé. Il a trans-

porté sur la page blanche une image visuelle. Le souvenir est produit par une collection d'images plus ou moins vives.

M. PHILIPPE. — Je crois bien qu'il y a un élément représentatif dans ce côté logique. Ce que j'ai voulu montrer c'est que l'image d'une page est composée de deux choses : de la page elle-même, et à côté de cela de quelque chose de surajouté qui n'appartient pas à cette page elle-même particulière.

M. BERNARD-LEROY. — Je crois qu'il faut admettre la formule de M. Ballet. Ce qui fait la confusion, c'est que l'on voudrait, quand on parle d'image visuelle, une image visuelle seule. Mais il y a à côté d'autres images, auditives ou autres, adjointes et très faibles. C'est ce qui arrive dans le rêve.

M. SOLLIER. — Dans l'exemple de M. Philippe il y a deux choses : l'étudiant a la représentation synthétique d'une page de dictionnaire quelconque et celle de la page particulière de tel dictionnaire.

Entre les éléments logiques et les autres, il n'y a qu'une différence d'intensité de représentation. Les représentations d'ordre général sont plus vagues, inconscientes même si l'on veut, et c'est pour cela que nous les évoquons soi-disant logiquement. Il n'y a pas de différence de nature, mais de degré entre les deux ordres de représentations : les générales, synthétiques, communes à tous les objets semblables, et les particulières à tel objet spécial. Cette distinction peut, à la rigueur s'appliquer à l'image visuelle, mais elle devient difficile pour l'image auditive. Ce qui prouve bien qu'il ne s'agit là que d'une différence d'intensité des représentations et qu'en réalité les éléments dits logiques, ne sont que des représentations affaiblies, c'est que si l'on nous montre la photographie d'un monument très analogue à un autre, alors même que nous serions incapables de décrire ce second monument que nous connaissons bien cependant, nous saisissons immédiatement la différence entre lui et la photographie qu'on nous présente, sans que nous puissions dire souvent par quelles particularités nous le distinguons.

Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés,

par MM. PAUL SÉRIEUX, médecin en chef des Asiles de la Seine,

et ROGER MIGNOT, chef de clinique à Sainte-Anne.

L'étude des formes sensorielles de la paralysie générale caractérisées par la prédominance de certains symptômes (troubles aphasiques, hallucinations), dus soit à la destruction, soit à l'inhibition, soit à l'irritation des centres sensoriels, l'étude de ces formes n'a pas été jusqu'ici aussi approfondie qu'elle mériterait de l'être, étant données l'importance et la fréquence des cas rentrant dans cette variété spéciale.

Actuellement, rares sont les aliénistes qui, à l'exemple de J. Falret, Millet, Fournier, etc., nient l'existence d'hallucinations dans la paralysie générale. Mais de nombreux auteurs considèrent encore les troubles sensoriels comme peu fréquents dans cette maladie ; ils les regardent volontiers comme épisodiques, accessoires ; ils expliquent enfin leur présence par une intoxication surajoutée, ou par l'hérédité vésanique, la dégénérescence mentale (1).

Pour nous, au contraire, ces symptômes acquièrent, dans certains cas, une importance tout à fait prépondérante qui les place au premier plan du tableau clinique. De plus, au point de vue de la pathogénie, il nous semble qu'on ne peut se contenter d'invoquer, dans tous les cas, soit l'influence de la dégénérescence héréditaire, soit l'intervention d'une intoxication (d'origine externe ou interne) surajoutée. Il est possible, en effet, dans plus d'une observation, de mettre en évidence une cause immédiate, tangible pour ainsi dire, à savoir des lésions irritatives des centres sensoriels, de même que, dans les

(1) Truelle. *Soc. médico-psycholog.*, 31 juill. 1899. — Leroy. *Archiv. de neurologie*, 1900, II, 469.

cas de troubles aphasiques constatés chez ces malades, on retrouve des altérations destructives des mêmes centres. Nous ne voulons point nier le rôle que peut jouer la prédisposition héréditaire, facteur qui domine d'ailleurs toute la pathologie mentale; cependant il nous semble que, dans l'espèce, il faut prendre garde d'en exagérer l'importance. Il est assurément très intéressant d'étudier l'hérédité et la prédisposition d'un tuberculeux; mais la localisation des tubercules à tel ou tel viscère explique, de l'avis de tous, d'une façon décisive, indiscutable, et moins lointaine que les antécédents héréditaires ou personnels, l'existence de tel ou tel symptôme.

Pourquoi la pathologie cérébrale resterait-elle seule à se contenter d'explications dont il faut bien avouer le caractère vague et imprécis. Pourquoi se montrerait-elle moins exigeante que la pathologie interne qui a singulièrement restreint le rôle, jadis prépondérant, de certains facteurs (froid, prédisposition) trop souvent invoqués pour masquer notre ignorance? L'influence des « passions » dans le développement de la folie fut longtemps considérée, au siècle dernier, comme incontestable; puis ce fut la prédisposition névropathique qui, peut-être trop exclusivement, retint l'attention. Tout porte à croire que les recherches contemporaines, sans méconnaître le rôle important qui revient à la prédisposition héréditaire, à la vulnérabilité congénitale des centres nerveux, agrandiront sans cesse le domaine des lésions organiques des neurones. Et ces lésions, pour la plupart, apparaîtront d'origine toxique, en englobant sous cette dénomination les infections, les intoxications externes et les auto-intoxications.

Quelques auteurs, dont l'un de nous, ont montré (1), dans des travaux antérieurs, qu'il fallait mettre sur le compte de lésions localisées aux divers centres corticaux

(1) P. Sérioux. Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. *Archiv. de neurologie*, 1894, n° 87.
— Du rôle des hallucinations dans les maladies mentales. Prix Civrieux, *Académie de médecine*, 1896. — Sur un cas de surdité verbale chez un paralytique général. *Soc. de neurologie*, 8 mars 1900.

les phénomènes sensoriels qui se développent parfois parallèlement à la démence paralytique, modifiant profondément la physionomie clinique de l'affection. Tantôt ce sont des troubles de la sphère du langage, des symptômes aphasiques qui dominent la scène ; tantôt ce sont des hallucinations qui provoquent et entretiennent des idées délirantes de couleur variée. Il s'agit donc, suivant les cas, de lésions soit *destructives*, soit *irritatives* des mêmes centres. On peut enfin étendre cette manière de voir et, avec M. Klippel (1), expliquer les réactions, tantôt expansives, tantôt dépressives, que l'on observe chez les paralytiques généraux, par les modifications de l'état céphalique sous l'influence de troubles vaso-moteurs liés à des lésions « incontestables » des centres sympathiques.

La fréquence de ces cas de paralysie générale à forme sensorielle est notablement plus grande qu'on ne le dit généralement. Il en est de même de leur importance clinique. Nous allons aujourd'hui en rapporter une nouvelle observation.

OBSERVATION. — *Paralysie générale à forme sensorielle.* — *Alternance des manifestations sensorielles.* — *Symptômes d'excitation : hallucinations de tous les sens avec prédominance des hallucinations de l'ouïe (secondairement, délire tendant à la systématisation) ; crises épileptiformes.* — *Symptômes de déficit : troubles aphasiques transitoires, surdité verbale pure aux premiers accès, plus tard aphasie sensorielle ; hémiplégie, monoplégie passagères.* — *Démence, mort dans le marasme avec eschares.* — *Durée de la maladie : environ deux ans.* — *Autopsie : lésions de méningo-encéphalite diffuse avec foyer d'intensité exceptionnelle au niveau de la région de l'audition.*

Edmond T..., âgé de quarante et un ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard le 31 août 1900.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort après avoir eu des troubles paralytiques indéterminés.

Antécédents personnels. — Le malade, homme d'intelligence et d'instruction moyenne, a vers vingt ans contracté la syphi-

(1) Klippel. *Les paralysies générales progressives. Œuvre médico-chirurgicale*, n° 11, 1898.

lis ; il a présenté des accidents tertiaires qui ont cédé au traitement spécifique. Pas d'autres maladies infectieuses, pas d'alcoolisme.

En 1897, T... devient taciturne et chagrin, changement d'humeur que l'on attribue à des deuils et des ennuis de famille.

En décembre 1899, il se plaint d'être surmené par son labeur habituel ; il dort mal et maigrît. Des idées de grandeur apparaissent en avril 1900. Au cours d'un voyage, il s'excite, devient violent et, probablement à la suite d'une crise épileptiforme, perd pendant quelques jours l'usage de la parole.

Placé dans une maison de santé (mai 1900), il présente de nouveau des phénomènes convulsifs suivis d'hémiplégie gauche passagère (juin).

A son entrée à Ville-Evrard (août 1900), T... présente les signes physiques et psychiques de la paralysie générale.

A l'examen somatique on constate les signes suivants : inégalité et déformations pupillaires, diminution du réflexe à la lumière, conservation du réflexe à l'accommodation.

Quelques accrocs de la parole dans le discours. Ecriture calligraphiée au début des écrits ; tremblée et mal formée vers la fin, quand le malade est fatigué.

Léger tremblement des doigts et de la langue.

Marche normale. Réflexes tendineux rotuliens et carpiens vifs des deux côtés. Diminution de la force musculaire dans le membre supérieur gauche ; atrophie des interosseux gauches et de l'adducteur du pouce gauche.

Diminution de la sensibilité cutanée, diminution et perversion des sensibilités olfactive et gustative.

L'examen psychologique du malade montre que l'affaiblissement intellectuel est encore peu accentué. T... a partiellement conscience de son état et n'est pas désorienté dans le temps ni dans l'espace ; la mémoire, sauf quelques lacunes peu étendues, est intacte ; les sentiments affectifs et éthiques sont conservés.

Il existe un *délire de persécution et de grandeur* systématisé dans ses grandes lignes : T... est petit-fils de Napoléon III, il est appelé à régner sur la France ; son frère, un bâtard, veut le supplanter et, avec l'aide de quelques autres malveillants, l'a fait enfermer pour le réduire par toute sorte de mauvais traitements.

A ce thème principal se joint une foule d'idées secondaires, parfois contradictoires, ce qui donne à l'ensemble du délire un caractère d'imprécision. Ainsi le malade se dit successivement empereur, président de la République, conseiller municipal, comptable ; son frère, à la fois ministre protestant et curé catholique, le persécute et l'accuse d'avoir volé 10.000 francs de timbres-poste.

Le point caractéristique et tout particulièrement important de ce délire de grandeur et de persécution, c'est qu'il est né sous l'influence d'hallucinations multiples, surtout *d'hallucinations de l'ouïe*, et qu'il est entretenu par ces troubles sensoriels qui sont à peu près permanents.

L'incertitude, la mobilité des idées délirantes que nous avons signalées tiennent en partie à la multiplicité et à l'intensité des phénomènes sensoriels et à leur contenu contradictoire. Tantôt T... entend des injures : « c'est un lâche, un caporal cassé, il faut le fusiller » ; tantôt au contraire on lui apprend, toujours par le téléphone aérien, des choses agréables : « on va le faire sortir... on a trouvé dans le cercueil de son père de l'or, des timbres-poste, des titres de noblesse » ; tantôt on l'appelle « mon général », tantôt on crie « vive le Président ! ». Le malade reconnaît les voix de sa femme, de sa mère, de son frère, d'une ancienne maîtresse devenue hostile et d'autres persécuteurs. Ceux-ci ont acheté des rouleaux de phonographe contenant des paroles injurieuses et tous les jours ils placent ces rouleaux dans l'appareil. Parfois il ne peut plus distinguer la voix de ses ennemis de celle de ses amis.

Quand il n'entend rien, il croit que sa femme a fait couper les fils. Le malade téléphone jour et nuit à ses amis et à ses parents ; sa mimique est alors caractéristique : il s'arrête, prête l'oreille, sourit ou s'indigne, enfin répond aux voix qu'il perçoit.

Les troubles que nous venons de décrire sont très nettement des phénomènes hallucinatoires. Il ne s'agit pas, comme on pourrait l'objecter, de pseudo-hallucinations. Pour s'en convaincre, il suffit d'observer le malade à son insu : on l'entend donner la réplique à ses interlocuteurs imaginaires. D'ailleurs, dans ses discours et dans ses écrits, T... fait souvent allusion à ses hallucinations. Voici, à titre de document, quelques passages relatifs à ce sujet, extraits de ses lettres :

« Chère femme,

« On me dit aujourd'hui par téléphone aérien qui tu viens
« dras me voir... »

« Ma bien chère Maria,

« Je suis étonné d'entendre dire qu'il est inutile de laisser
« sortir Edmond T... seul sans l'accompagner et sans le
« forcer à rentrer, etc... »

« Excuse-moi de mes colères et de mes reproches ; c'étaient
« des moments d'irritation causée par les injures et les affronts
« journaliers faits tous les jours et toutes les nuits par des
« individus ou des femmes de mauvaise vie qui sont ici sous la
« surveillance de la police des mœurs... »

« Bien chers parents,

« Je croyais avoir le plaisir de vous voir, hier dans la
soirée, comme c'était convenu par téléphone entre nous dans
la journée et dans la nuit dernière... »

Aux hallucinations de l'ouïe se joignent des *troubles de la sensibilité générale* : la nuit on électrise le malade, on lui donne des secousses, on lui tord les bras et les jambes, un moteur très puissant lui enlève les os des membres.

T... se plaint aussi de n'avoir à manger que de la viande pourrie ou farcie de mercure, et parfois il refuse les aliments.

En résumé, il existe un délire hallucinatoire très actif qui commande les idées de grandeur et de persécution.

Pendant les premiers mois de son séjour à Ville-Evrard l'état du malade se modifie peu.

Vers la fin d'octobre, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe, naissent des *idées de jalouxie* : T... entend sa femme le couvrir d'injures, avouer son inconduite et tenir des propos amoureux avec un de ses amis. Comme ces hallucinations coexistent avec d'autres qui lui montrent sa femme épouse fidèle et affectueuse, le malade hésite dans son délire de jalouxie ; tantôt il proteste par les injures les plus violentes, tantôt il supplie madame T... de venir le voir ; de même, dans ses lettres, sur une page il tient des propos insultants ; sur l'autre, il manifeste les sentiments les plus tendres.

Ce délire de jalouxie, de date récente, ainsi que nous l'avons dit, n'est pas épisodique et d'origine toxi-alcoolique comme on le voit souvent au début de la paralysie générale ; il a été provoqué par les hallucinations, comme les autres idées délirantes du malade.

Le 18 novembre 1900, dans la nuit, se produit une série de crises épileptiformes généralisées. Le lendemain matin on constate une hémiplégie droite ; T... ne répond à aucune question, paraît ne pas entendre, prononce des lambeaux de phrases correctes, mais n'exprimant aucune idée suivie. (Température, 39°.)

20 novembre. La *surdité corticale* est très nette. L'examen prouve qu'il ne s'agit pas là d'un trouble de l'attention dû à l'obtusion ou à la confusion consécutive à l'attaque. Naturellement le malade ne comprend aucun des ordres parlés.

Pas de cécité corticale ; pas de cécité verbale.

L'hémiplégie droite persiste et rend l'écriture impossible.

21 novembre. La surdité corticale a disparu ; elle est remplacée par la *surdité verbale*. On correspond assez facilement avec le malade par l'écriture.

L'hémiparésie ayant disparu, T... répond d'une façon correcte, tantôt à voix haute, tantôt en écrivant.

Nous constatons, malgré l'existence de la surdité verbale pure, quelques hallucinations de l'ouïe.

Le 22 et le 23 *novembre*, même état. Nous notons encore les hallucinations : par exemple, à un moment de l'examen, l'image d'un téléphone tombe sous les yeux du malade ; il dit alors spontanément : « J'entends dans mon lit ce qui se passe à la Chambre des députés, je connais les discours prononcés à la Chambre sans avoir d'instrument comme cela. »

24 *novembre*. La surdité verbale diminue ; le malade comprend les phrases simples.

27 *novembre*. Les troubles aphasiques ont complètement disparu. La situation est redevenue ce qu'elle était auparavant : délire hallucinatoire très intense provoquant et entretenant des idées faiblement systématisées de grandeur et de persécution, avec prédominance des idées de jalouse ; affaiblissement intellectuel peu marqué ; signes physiques de paralysie générale.

En *janvier* et *février* 1901, nouvelles séries de crises épileptiformes avec prédominance des phénomènes convulsifs à gauche. A la suite de ces crises, on ne constate pas de troubles aphasiques, mais les phénomènes hallucinatoires s'exaspèrent encore, et surtout les troubles de la sensibilité générale.

En *mars*, à la suite de plusieurs accès convulsifs, T... présente les mêmes troubles aphasiques qu'en novembre 1900, c'est-à-dire de la surdité corticale, puis de la *surdité verbale pure*.

Comme la première fois, ces troubles du langage durent une huitaine, puis le délire avec son caractère hallucinatoire reprend sa marche.

En *avril* et en *mai*, on observe, toujours dans les mêmes conditions, de nouveaux troubles aphasiques, mais ils consistent en surdité verbale, paraphasie, jargonaphasie, cécité verbale, paragraphie ; le type de l'*aphasie sensorielle* se trouve ainsi réalisé.

Comme aux précédents accès, ces troubles coexistent avec des hallucinations de l'ouïe ; ils sont aussi de courte durée, mais, à leur suite, on constate que l'intelligence s'affaiblit ; le délire cesse d'évoluer, les hallucinations sont stéréotypées.

En *juin*, après de nouveaux accès épileptiformes, T... devient très violent et très agité.

En *octobre*, il passe dans le service de M. Marandon de Montyel et, quelques jours plus tard, après avoir eu quatorze attaques épileptiformes généralisées, il offre à nouveau le tableau de l'*aphasie sensorielle* : surdité verbale, paraphasie et

jargonaphasie ; la démence et surtout l'agitation rendent l'examen difficile.

T... est gâteux et a des escharas. Il meurt le 1^{er} décembre dans le marasme après quelques crises convulsives.

AUTOPSIE : L'examen du cerveau a seul pu être fait : l'hémisphère droit pèse 551 grammes ; l'hémisphère gauche pèse 526 grammes.

Cette inégalité tient sans doute à une atrophie inégale, le malade n'étant pas gaucher. Les lésions macroscopiques sont d'ailleurs plus accusées dans l'hémisphère gauche. Les méninges de la base présentent une coloration ardoisée.

La décorticication révèle des adhérences peu étendues et peu profondes au niveau du lobe frontal, à droite et à gauche.

Au niveau des deux lobes temporaux, on constate encore des exulcérations légères ; mais, en outre, le *cerveau gauche* présente un foyer de méningo-encéphalite d'intensité exceptionnelle intéressant la région du centre de l'audition : tiers postérieur de la première temporaire et circonvolution supra-marginale. A ce niveau la lésion gagne en profondeur jusqu'à la substance blanche ; l'enlèvement de la pie-mère détermine la séparation complète de l'écorce et de la substance blanche, celle-ci restant en totalité adhérente à la méninge (altération décrite par Baillarger, Rey et Tuczek). Sur l'*hémisphère droit*, lésion symétrique, mais de moindre intensité ; l'altération ne va pas (macroscopiquement) jusqu'à la substance blanche.

L'examen microscopique, que M. le Dr Rabaud a bien voulu faire, confirme le diagnostic de paralysie générale.

On peut résumer en quelques lignes les points essentiels de cette observation. Chez un paralytique général à intelligence relativement peu affaiblie, un délire de grandeur et de persécution s'était systématisé sous l'influence de troubles sensoriels très actifs : hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, troubles de la sensibilité générale. A diverses reprises, au cours de ce délire hallucinatoire, éclatèrent des ictus épileptiformes consécutivement auxquels on constata des troubles sensoriels caractérisés, en général, non plus seulement par des hallucinations de l'ouïe, mais surtout par des symptômes de déficit : surdité corticale, surdité verbale, aphasie sensorielle. Les symptômes d'inhibition duraient quelques jours, disparaissaient graduellement, puis le délire hallucinatoire s'installait seul de nouveau.

A l'autopsie, on constate une intégrité relative des

régions antérieures des hémisphères (lésions discrètes de méningo-encéphalite); mais il existe, dans la région postérieure, deux foyers d'encéphalite symétriques, siégeant au niveau de la circonvolution supra-marginale et du tiers postérieur de la première temporaire. L'encéphalite revêt, dans le foyer circonscrit de l'hémisphère gauche, une intensité exceptionnelle.

Cette observation nous paraît intéressante à divers points de vue.

I. — Rares sont les cas de paralysie générale avec troubles de la sphère du langage, dus à des lésions suffisamment circonscrites pour pouvoir servir à l'étude des localisations. L'un de nous a déjà rapporté un cas des plus démonstratifs.

Dans l'observation actuelle, la localisation des foyers circonscrits réalisés par les plaques bien limitées et profondes de méningo-encéphalite confirme ce que l'on sait sur la topographie des centres de l'audition.

On s'explique ainsi l'alternance constatée entre les symptômes d'excitation (hallucinations de l'ouïe) et les phénomènes de déficit (surdité verbale). Les variations du processus de la méningo-encéphalite ont réalisé là une véritable expérience de physiologie. La prédisposition héréditaire, nous l'avons dit plus haut, est généralement regardée comme la cause de l'apparition des hallucinations au cours de la paralysie générale. Pour nous, les troubles que nous avons observés reconnaissent des facteurs plus précis, moins lointains, à savoir la localisation des lésions au niveau de tel ou tel centre sensoriel, et les variations de la nature de ces lésions. Si on est d'accord pour admettre que des altérations ainsi localisées peuvent, quand elles exercent une action destructive ou inhibitrice, être considérées comme suffisantes pour rendre compte des symptômes de déficit d'un centre (surdité verbale), pourquoi ces lésions, lorsqu'elles déterminent une action irritative, ne tiendraient-elles pas alors sous leur dépendance les phénomènes d'excitation du même centre (hallucinations de l'ouïe)? D'ailleurs, cette interprétation est unanimement acceptée quand il s'agit de troubles des centres sensitivo-moteurs: chez notre malade, nous avons vu ainsi alterner dans le membre supérieur droit les phénomènes convulsifs et

paralytiques évidemment sous l'action tantôt irritative, tantôt inhibitrice (troubles vaso-moteurs ?) d'une lésion du même centre. Enfin, si l'ablation ou la destruction des centres sensoriels entraîne la suppression de leurs fonctions, ne sait-on pas que l'excitation électrique (Hitzig, Ferrier, Munk), appliquée à ces mêmes centres, fait naître chez les animaux des sensations subjectives de la vue et de l'ouïe, qui constituent une sorte « d'épilepsie des centres sensoriels » tout à fait comparable aux convulsions épileptiformes que détermine l'excitation électrique des centres moteurs (1) ?

II. — Le second fait intéressant de cette observation est l'existence d'un délire hallucinatoire assez bien systématisé. Les hallucinations sont infiniment plus fréquentes et jouent un rôle bien plus important dans la paralysie générale qu'on ne le dit habituellement.

Dans le cas actuel elles tenaient le délire sous leur dépendance. Les hallucinations de l'ouïe prédominaient ; le malade parlait à ses voix continuellement ; dans ses discours et dans ses lettres il faisait souvent allusion à son « téléphone aérien. »

L'intensité et la permanence des troubles sensoriels étaient analogues à ce que l'on observe dans les délires systématisés ordinaires. Avons-nous besoin de dire que ces symptômes, qui durèrent près de deux ans, n'ont rien à voir avec les hallucinations que peuvent présenter passagèrement certains paralytiques sous l'influence de l'alcool ? Nous ne croyons pas davantage à l'hypothèse d'une auto-intoxication surajoutée, en raison de l'absence du tableau symptomatique habituel dû à ce facteur étiologique (confusion, désorientation, etc.).

Les faits de ce genre, qui actuellement paraissent, à tort, exceptionnels, seront plus fréquemment observés quand l'attention aura été attirée sur eux. L'un de nous a déjà rapporté des exemples de lésions circonscrites de méningo-encéphalite donnant lieu à une symptomatologie spéciale de la démence paralytique. Nous croyons même qu'on est autorisé à décrire à part *une variété sensorielle* de la paralysie générale comprenant les faits caractérisés par la prédominance des troubles sensoriels

(1) V. J. Soury. *Les fonctions du cerveau*, 2^e édit., 1892, p. 201.

et des troubles de la sphère du langage (symptômes d'excitation ou de paralysie), tels que : aphasic motrice, hallucinations motrices verbales ; — hallucinations de l'ouïe, surdité corticale, surdité verbale pure, aphasic sensorielle ;— hallucinations de la vue, hémianopsie, etc.

Lissauer et, plus récemment, Alzheimer (1902) ont réuni les cas de ce genre sous la rubrique de paralysie à forme atypique. Cette variété symptomatique tient, ainsi que nos observations tendent à le démontrer, à la prédominance des lésions au niveau de certains territoires corticaux (et plus particulièrement des centres postérieurs), avec intégrité relative des régions antérieures. La lésion elle-même affecte alors parfois des caractères spéciaux : foyers nettement *circonscrits*, avec séparation complète de l'écorce et de la substance blanche (lésion de Baillarger). Les deux photographies que nous présentons à la Société montrent, d'une façon très nette, la localisation et la profondeur des altérations de la couche corticale.

La connaissance de cette variété clinique et anatomo-pathologique de la paralysie générale est intéressante au point de vue du diagnostic. En effet, l'existence d'un délire à base d'hallucinations et la constatation de symptômes habituellement déterminés par des lésions en foyer (surdité verbale, aphasic sensorielle) ne doivent pas faire écarter, comme on l'a dit, le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse, mais peuvent faire penser à cette forme sensorielle de la paralysie générale liée à l'existence, au niveau de la région postérieure, de foyers, plus ou moins circonscrits, de méningo-encéphalite d'intensité parfois exceptionnelle.

DISCUSSION

M. VALLON. — Il est très rare, en effet, d'observer des hallucinations pendant si longtemps chez les paralytiques généraux. Ordinairement elles ne durent pas, car elles sont liées à des poussées congestives et non à des lésions comme dans le cas de M. Sérieux.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of Mental Science.

ANNÉE 1899.

I. — *Communication sur les aspects macroscopiques et microscopiques de l'utérus et de ses annexes chez les aliénées*; par le Dr J. G. Gordon-Munn (numéro de janvier). — Sur 246 examens nécropsiques faits à Cane Hill (asile du comté de Londres), l'auteur a pu relever 33 maladies des organes pelviens, soit un pourcentage de 13,8. Sous une forme sommaire, il indique à grands traits les formes mentales, les lésions, l'aspect à l'œil nu et au microscope de l'appareil génital interne. A la suite de ce travail qui ne peut s'analyser, on trouve un résumé des faits les plus saillants de ces observations, intéressant la gynécologie des aliénées et la gynécologie générale. Nous reproduisons cette dernière partie sans y rien changer.

Altérations propres aux aliénées. — Aspect réniforme des follicules atrophiés. Anémie relative du tissu folliculaire. Condition spéciale de l'ovaire chez une onaniste avérée : l'organe est mou ; l'on constate, en outre, l'hyperémie et une hémorragie stromale des trompes.

Lésions appartenant à la gynécologie générale. — Salpingite chronique. Première période d'une affection maligne ; hémorragie de la muqueuse utérine ; un follicule bien formé contenant un œuf, chez une femme de soixante-huit ans. Développement d'un polyte kystique aux dépens des glandes utriculaires. Formation possible d'un kyste cervical par l'invasion de l'épithélium squameux de la portion vaginale du col. Développement d'un kyste cervical avec sa suppuration consécutive, liée à la dilatation du canal cervical. Longueurs respectives des deux trompes : dans 8 cas sur 18, la trompe droite est plus longue. Agrégats de vaisseaux épaisse, pa-

raissant occuper la place des vieux corps jaunes, dans des ovaires séniles ; ils peuvent être pris pour des follicules, avec la transformation fibreuse du tissu qui les entoure. Immunité de l'utérus et de ses annexes, la malade ayant succombé à une syphilis acquise du cerveau (deux cas). Pierre utérine du volume d'une bille, produit de la calcification d'un corps jaune. Cancer vulvaire, n'entraînant d'autre complication qu'une hyperémie de la muqueuse. Altération ressemblant histologiquement à un squirrhe, consistant dans la multiplication, au centre d'un ovaire, de la matière granuleuse dans les follicules adjacents, séparés l'un de l'autre par un stroma fibreux. Hydatides ; elles naissent le plus souvent de la partie antéro-externe du méso-salpinx et présentent un rapport étroit, soit avec le parovarium, soit avec l'extrémité frangée de la trompe. Parovarium sensiblement plus saillant à la surface antérieure du méso-salpinx. Formation adventice du sac ovarien (4 cas). Elle semble due à une inflammation adhésive développée entre la surface supéro-externe de l'ovaire et le méso-salpinx, au voisinage du parovarium ; la tension du ligament ovarien détermine alors la formation d'une poche profonde qu'il faut distinguer du sac vrai, congénital et non inflammatoire.

II. — *Traitement de la folie par la thyroïde* ; par le Dr Jas-Middlemass (numéro de janvier). — Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1. La glande thyroïde contient une ou plusieurs substances capables d'exercer une influence puissante sur l'économie.
2. Dans la plupart des cas, cette influence est démontrée par l'élévation de température, qui peut atteindre 4 degrés au-dessus de la normale.
3. Dans quelques cas, l'élévation est légère ou peut manquer.
4. Il est actuellement impossible de prévoir dans quels cas elle se produira.
5. La température ambiante n'est pas sans influence sur la réaction.
6. La fréquence et les caractères du pouls sont toujours modifiés par la thyroïde.
7. Les modifications consistent dans l'accélération et une diminution consécutive du volume du pouls.
8. Comme l'accélération du pouls se produit toujours et que l'hyperthermie n'est pas constante, l'examen du pouls est le moyen le plus sûr de vérifier l'action du médicament.

9. Celui-ci s'emmagasine et son élimination est lente; aussi ne doit-on l'administrer qu'avec prudence.

10. En règle générale, les effets utiles sont obtenus par des doses quotidiennes de 60 grains pendant six jours, quelquefois moins. D'autre part, certains malades tolèrent 90 grains sans éprouver d'effets fâcheux.

11. Dans un petit nombre de cas, de faibles doses prolongées longtemps semblent produire une action suffisante.

12. Il est toujours nécessaire, avant de commencer un traitement, d'explorer avec soin les poumons et le cœur.

13. Chez les individus atteints de phthisie, lente ou active, l'administration de la thyroïde augmente l'intensité du processus morbide.

14. Comme la drogue agit puissamment sur le cœur, une maladie de cet organe, surtout si elle entraîne son irrégularité fonctionnelle, est une contre-indication absolue.

15. Pour la même raison, le malade soumis à de fortes doses doit être maintenu au lit et y rester quelques jours après la suspension du traitement.

16. La thyroïde cause des troubles digestifs. On les évite en la prescrivant dans du thé de bœuf chaud et en soumettant le malade à un régime léger, de digestion facile.

17. Après le traitement, les toniques et la suralimentation sont employés avec fruit.

18. Dans la grande majorité des cas, la thyroïde exerce une action distincte sur la condition mentale.

19. Chez beaucoup de malades, c'est une stimulation évidente sur l'écorce du cerveau.

20. Le plus souvent, on observe une tendance à la reproduction des symptômes mentaux du début.

21. L'action curative de la thyroïde est encore obscure.

22. Un fait évident, c'est que l'effet salutaire est indépendant de la réaction thermique.

23. Aussi, l'idée première du traitement, la recherche d'une condition fébrile, n'est nullement justifiée.

24. Il est actuellement impossible de prévoir le résultat de la médication au point de vue mental.

25. On ne sait pas davantage quelle forme mentale sera heureusement modifiée par la drogue.

26. Dans la série des cas rapportés dans ce chapitre (39) les malades guéris étaient âgés de vingt-quatre à trente-cinq ans. Sauf un seul, ils étaient tous mélancoliques.

27. Les âges des malades simplement améliorés varient dans des limites beaucoup plus larges ; l'âge ne paraît pas être la seule influence exercée sur la guérison après le traitement thyroïdien, comme d'ailleurs après toute autre forme de traitement.

28. Les femmes paraissent plus susceptibles que les hommes de s'améliorer par la thyroïde.

29. La raison de ce fait est encore inconnue.

30. Dans les cas les plus désespérés, la thyroïde produit souvent une amélioration telle que le degré de la démence est amoindri.

31. Jamais le traitement n'a été suivi d'effets fâcheux, parce qu'on a eu soin d'en exempter les malades affectés de maladie physique.

32. La thyroïde peut aider très probablement au diagnostic des chances de guérison ; c'est-à-dire que si le malade ne s'améliore pas par elle, l'espoir de guérison est pratiquement nul.

III. — *Nouvelles recherches sur la formation des fibres axiles dans le cerveau* ; par les D^rs Paul Flechsig, Dollken et Nissl, résumées par le D^r W. Ireland (numéro de janvier). — Le nouveau travail du professeur allemand a paru dans le *Neurologisches Centralblatt* (N° 21, 1898). Son étude a porté sur quarante-huit hémisphères appartenant à vingt-huit cerveaux de fœtus (sept mois) et de tout jeunes enfants (quinze mois).

Elle lui a permis de confirmer les principes qu'il a posés l'an dernier, touchant le développement des faisceaux de l'encéphale.

L'ordre d'apparition des cylindre-axes ne se fait pas au hasard. Les fibres ayant la même fonction naissent à la même date. Les collatérales viennent après les fibres directes. Cette loi fondamentale se vérifie aisément sur des embryons nés prématûrement et ayant survécu un temps très court. Le caractère anatomique des fibres y apparaît plus nettement que chez l'embryon arrivé à terme. Les premières fibres axiles commencent à se montrer deux mois et demi à trois mois avant la naissance.

Le premier système visible est celui du ruban de Reil, de la bandelette olfactive et des conducteurs de sensibilité. Ces formations occupent des endroits distincts séparés par des espaces dépourvus de cylindre-axes. Les fibres d'association se développent à un autre moment.

L'écorce s'organise ainsi en un grand nombre de zones, dont chacune a ses connexions et son rôle particulier. Le nombre connu de ces champs de fibres à fonctions bien définies dépasse aujourd'hui quarante (autrefois, l'auteur n'en admettait que neuf : cinq centres sensoriels et quatre d'association). Il les divise en trois groupes :

1° Les aires primordiales, régulièrement formées avant la maturité de l'embryon, correspondent aux centres sensoriels ; 2° les aires intermédiaires, où les cylindre-axes se forment un mois après la naissance à terme, comprennent à la fois des centres sensoriels et des centres d'association ; 3° les aires terminales sont des centres d'association. Les cylindre-axes y apparaissent plus tard encore, quatre mois à quatre mois et demi après le premier groupe. Cette dernière formation comprend huit flots distincts : Les 1^{re} et 2^e frontales, la pariétale inférieure, les 2^e et 3^e temporales, une partie de la circonvolution du corps calleux. C'est par ces régions de l'écorce que le cerveau humain se distingue de celui des anthropoïdes.

Les centres sensoriels sont répartis entre le premier et le second groupe. Dans le premier se rangent les circonvolutions médiennes surtout en arrière, les lèvres de la scissure calcarine et la circonvolution occipitale, l'hippocampe, l'orbitaire interne, la corne d'Ammon et le subiculum, le gyrus fornicatus (principalement le tiers moyen), les plis de passage du lobe pariétal.

Les premiers centres qui se développent dans les aires intermédiaires sont des centres sensoriels secondaires.

L'auteur nomme ceux qui viennent plus tard : zones limitantes des centres de sensibilité. Leurs fibres de projection n'ont pas de connexion avec les autres centres, elles sont en majorité corticofuges. Au groupe sensoriel secondaire appartiennent : le pied de la 1^{re} frontale, la partie orbitaire de la 3^e et le gyrus subangulaire. Dans les zones limitantes se trouvent : la partie postérieure et le tiers antérieur de la 1^{re} temporaire. Le développement de la 1^{re} frontale se fait en quatre, celui de la 3^e en trois périodes ; celui de la 2^e pariétale, en quatre.

La région du pli courbe donne lieu à quelques remarques intéressantes. Ses quatre points de développement sont l'opercule, le pli de passage vers la 2^e occipitale, la presque totalité de la circonvolution supra-marginale et le lobule pariétal. Ce dernier seulement fait partie des aires terminales. Le deuxième et le troisième champ correspondent au gyrus angulaire des

anthropoïdes, tandis que le lobule pariétal est rudimentaire chez ces animaux.

On ne voit pas, d'autre part, chez eux, un éperon qui réunit la seconde zone à la 2^e temporelle. Cet éperon fait défaut, aussi, dans les cerveaux humains mal développés. Entre la 1^e temporelle et la subangulaire se voient deux plis bien distincts qui manquent chez les singes, et c'est à leur absence qu'il faut attribuer la perte du langage. Ces plis sont intéressés, chez l'homme, dans les cas d'alexie pure sans hémioptie. L'avant-coin, ainsi que l'insula, présentent quatre champs corticaux.

Les aires primordiales ont une structure propre, qui ne peut être méconnue.

Les fibres de projection et d'association naissent à des époques différentes, jamais simultanément. La direction affectée par le développement fait connaître avec certitude celle du courant nerveux. Le système primordial progresse des ganglions cérébraux inférieurs vers l'écorce. Son développement est corticopète. Dans les aires terminales, les cylindre-axes se montrent d'abord au voisinage de l'écorce et l'on voit, à côté, des fibres primordiales qui sont corticofuges. Quant aux fibres de projection dont l'évolution n'est pas primitive, elles ne s'échappent des régions de l'écorce que lorsque les fibres sensorielles ou corticopètes ont acquis leur cylindre-axe.

Ces règles ne sont pas absolues et l'on peut observer quelques variations individuelles.

Le professeur établit sa doctrine sur des faits ; les centres qu'il décrit existent. Il en a déterminé les limites, bien qu'elles ne soient pas toujours très nettes. Il a divisé ses anciens centres d'association en deux zones et il a reconnu dans certains d'entre eux des fibres de projection (opercule pariétal). Mais il remarque que les systèmes d'association se forment plus de trois mois après ceux de projection. Des fibres nerveuses développées à un intervalle aussi éloigné doivent avoir des fonctions différentes. Les centres de projection et d'association ont donc un rôle distinct qu'il a mis en évidence en suivant le développement des fibres de conduction nerveuse, sphère de sensation corporelle, visuelle, auditive. Le faisceau longitudinal inférieur n'est pas exclusivement un faisceau d'association, comme l'avait cru Wernicke ; mais il appartient en partie au système primordial. Ainsi du cingulum dont les fonctions sont mixtes.

La couche optique est-elle le lieu de conjonction des diverses

sphères de sensibilité? Son importance est prouvée par son développement. Ses fibres axiles s'organisent en six champs distincts, à des époques différentes. Le globus pallidus se développe en une seule fois. Le noyau du ruban de Reil, qui forme une faible partie du thalamus, contient des fibres corticofuges; elle vont aboutir à la couche optique sans se mêler avec celles du ruban de Reil.

En terminant ce travail, Flechsig se défend contre ses nombreux contradicteurs : Monakow, Wernicke, Siemerling, Déjerine. Il combat les assertions du savant russe touchant la sphère visuelle et le siège du sens musculaire. Ce dernier n'a pas son siège dans le lobe pariétal; il est probablement localisé dans les circonvolutions centrales. Le professeur allemand remarque encore l'inégal développement des deux tractus auditifs et il se demande si le volume plus grand à gauche des fibres qui vont au corps genouillé, au thalamus et aux circonvolutions temporales transverses ne correspond pas à un usage plus fréquent de la sphère auditive de ce côté. Une telle asymétrie n'existe pas dans les faisceaux optiques.

L'analyse de M. Ireland est complétée par la mention d'une courte note du Dr Döllken, sur des cerveaux de chiens et de chats, où cet expérimentateur a pu suivre l'évolution successive des fibres nerveuses, conforme aux observations de Flechsig. Il signale enfin la controverse soulevée par le Dr Nissl, un des nombreux contradicteurs autorisés du savant professeur. Le docteur Nissl lui reproche d'être obscur et il s'élève contre sa prétention de vouloir localiser la fonction psychique.

IV. — *Un cas de paralysie générale juvénile*; par le Dr Helen Boyle (notes cliniques de janvier). — Le sujet de l'observation est une jeune fille de dix-neuf ans, d'apparence chétive, non encore formée. La maladie a débuté à quatorze ans. Son étiologie est obscure. La phthisie, héréditaire dans la famille, est peut-être une cause prédisposante. La mère a eu dix grossesses normales; mais ses deux premiers enfants sont morts peu de jours après la naissance. Faut-il incriminer la syphilis? La malade a une denture mauvaise dépourvue d'email, mais ce défaut paraît provenir de l'usage d'une poudre dentifrice mercurielle. Le traumatisme, les névroses, le surmenage ne peuvent être invoqués. Vers sa quatorzième année, cette jeune fille, qui commençait à subir une faiblesse progressive et une déchéance mentale, dut quitter son métier de servante. A seize ans, à la suite d'une

attaque convulsive, sa situation devint plus grave. L'embarras de la parole s'est montré un an avant son admission à l'asile. Elle était alors dans un état de démence tranquille avec gâtisme. Elle souffrait alors de dysphagie et d'une douleur dans le bras gauche.

A l'asile, elle accuse de fréquents maux de tête.

Elle est grabataire et malpropre. Six mois après l'entrée, elle a une attaque congestive suivie de deux autres à quelques jours d'intervalle. On a remarqué que, pendant cette période, les fonctions de la vessie et du rectum se sont améliorées.

Un mois après, une nouvelle attaque se complique d'une élévation considérable de température, de rétention d'urine et de constipation ; on constate en même temps une paralysie du côté droit avec contracture. Alors apparaît la première menstruation et, aussitôt après, la température fléchit, la fièvre tombe, la paralysie diminue et l'état comateux disparaît. Le mouvement revient dans le pied droit, avec la conscience.

Mais, quatre jours après la cessation des règles, la situation s'est aggravée de nouveau et la malade a succombé rapidement à une congestion pulmonaire. A l'autopsie, les lésions de la paralysie générale étaient manifestes.

Dans ses commentaires, M. Boyle met en relief les rapports de la maladie cérébrale avec l'évolution pubère. Cette jeune fille a été réglée tardivement, et les premiers signes de la paralysie générale ont apparu, sans doute, à l'époque où aurait dû se produire l'évolution menstruelle.

Les premières règles, à l'asile, ont été précédées d'une attaque violente et suivies d'une amélioration inattendue, qui n'a pas empêché, il est vrai, la terminaison fatale.

L'aménorrhée existe presque constamment dans la paralysie générale juvénile (Wiglesworth, Clouston).

L'auteur déduit de ce fait clinique quelques remarques sur le rôle de la menstruation dans la fonction métabolique. L'ovaire sécrète normalement une matière toxique à laquelle est dévolu un rôle important dans l'évolution du fœtus. Cette toxine, qui est retenue dans l'organisme pendant la grossesse, est éliminée à chaque époque menstruelle. Si la fonction catameniale est suspendue, la femme est sous le coup d'une véritable toxémie.

V. — *Notes pathologiques sur des cas d'affection du cœur à l'asile du comté de Durham* ; par le D^r Aldous Clinch (numéro

de janvier). — Nous donnons une simple énumération de ces découvertes nécropsiques :

1^o Cinq cas d'affection mitrale. Sténose avec insuffisance : femme de soixante ans améliorée mentalement, mort causée par l'obstruction embolique soudaine de l'orifice mitral. Sténose sans insuffisance : homme de soixante-quatre ans, affaibli, mort d'asystolie ; œdème pulmonaire ; rein cirreux. Sténose, atrophie du cœur : homme de quarante-huit ans, mort de phtisie. Sténose avec dilatation à droite : démente sénile, âgée de soixante-quatorze ans ; œdème pulmonaire et hydrothorax, tubercules récents à gauche. Sténose avec insuffisance (?) : femme de quatre-vingt-deux ans, rhumatisante, morte dans le marasme ; athéromes de tous les gros vaisseaux, muscles papillaires calcifiés ; tubercules crus, reins granuleux.

2^o Trois cas de dégénérescence du cœur. Voir le cas précédent. Rigidité et calcification de l'anneau fibreux mitral : femme de soixante-quatre ans, atteinte de fracture de cuisse et ayant succombé à une pneumonie. Rigidité et calcification du même orifice : femme de quatre-vingts ans, dégénérescence calcaire des cartilages, athérome généralisé.

3^o Différité congénitale : deux cupules à la valvule pulmonaire chez une épileptique qui n'a jamais souffert de troubles cardiaques.

VI. — *La nouvelle loi sur les buveurs* ; par M. Wood Renton, avocat (numéro d'avril). — Cette loi, modifiée par des amendements successifs, vient d'être mise en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1899. Le moment étant venu d'apprécier ses mérites, un écrivain compétent, M. Renton, s'est chargé de ce soin pour les lecteurs du *Mental Science*. Il passe successivement en revue : 1^o les amendements de 1879 et 1880 ; 2^o les dispositions nouvelles concernant les ivrognes criminels.

A. — La loi n'a pas d'action coercitive. Cette lacune est d'autant plus regrettable qu'elle rend impossible l'action de la police et l'internement d'office des buveurs non criminels, comme il se pratique en Amérique et sur le continent.

Les abus que cette mesure est capable d'entraîner auraient pu être prévenus par la création d'un tribunal spécial. Il conviendrait encore de compléter la loi par des dispositions semblables à celles de la loi des aliénés, touchant la protection des propriétés.

Plusieurs réformes secondaires, très désirables, ont été réalisées. La durée de l'autorisation, pour les établissements, a été

étendue de treize mois à deux ans. Une période égale a été assignée à la séquestration des malades. C'est d'ailleurs le pensionnaire lui-même qui fixe le temps de son séjour, la loi n'a fait qu'en déterminer la limite.

La procédure d'admission a été simplifiée. L'attestation d'un seul juge est nécessaire. La prolongation du traitement et la réadmission, qui étaient soumises à des formalités minutieuses, sont facilitées. Une simple demande écrite du malade au directeur, visée par un seul magistrat, régularise l'internement et suffit pour la réadmission.

La réintégration des individus sortis par congé et confiés à des amis peut être provoquée par tout magistrat de la localité habitée par l'ami. Le temps écoulé entre l'évasion d'un pensionnaire et sa réintégration ne compte pas dans sa période d'internement. La même règle s'impose pour les individus évadés de chez leurs amis, la permission de congé se trouvant suspendue par le fait de l'évasion. Un autre article de la loi confère au secrétaire d'Etat le droit d'annuler une permission, et cette mesure entraîne la réintégration du pensionnaire.

Le chapitre relatif aux évasions mérite quelques critiques. La loi n'est pas assez sévère pour les employés qui s'en font les complices ; elle rend difficile la réintégration des évadés par les formalités compliquées qu'elle exige.

L'auteur mentionne encore d'autres amendements touchant les décès, la désignation des autorités qui délivrent les licences (conseils de bourg et de province) et les attributions du secrétaire d'Etat qui sont : procédure de l'admission, du prolongement de séjour et de la réadmission, traitement médical ou curatif (travail forcé), inspection des retraites.

B. — La loi admet deux catégories d'établissements pour les alcooliques criminels : 1^o les asiles d'Etat ; 2^o ceux qui sont ouverts en vertu d'autorisations.

Les premiers sont créés sur l'initiative du secrétaire d'Etat qui, avec l'approbation de la Trésorerie, acquiert des terrains, élève des bâtiments ou décide l'appropriation d'établissements placés sous sa juridiction. Les dépenses sont votées par le parlement. Les dispositions légales qui régissent les prisons sont applicables à l'aménagement de ces asiles, au classement et au travail des détenus, aux congés qui leur sont accordés ; mais la pénalité corporelle en est proscrite.

Les conseils de comté ou de bourg et les simples particuliers peuvent ouvrir une maison de réforme pour buveurs avec l'au-

torisation du secrétaire d'Etat, qui leur délivre un certificat d'aptitude. Leur demande doit fournir des renseignements complets sur le directeur, le personnel, le site, le terrain, les plans de l'asile, le nombre de ses futurs pensionnaires (pas moins de 25), la séparation des sexes, les religions, le règlement intérieur, le personnel médical et domestique, l'organisation du traitement. L'ouverture de ces établissements est subordonnée à l'autorisation du secrétaire d'Etat et leurs dépenses ne doivent être engagées qu'après qu'elle a été accordée.

Les gérants (managers) sont ceux qui sont chargés d'administrer ou de contrôler les maisons de réforme. La loi leur impose le devoir de tenir le secrétaire d'Etat au courant de leurs recettes et de leurs dépenses (règlement de l'allocation gouvernementale), des changements dans leur personnel, du mouvement de leur population, de toutes les questions intéressant l'administration et la discipline.

Le directeur réside dans la maison et ne doit pas s'absenter sans motif approuvé. Il adresse au secrétaire d'Etat des rapports sur chaque pensionnaire. Il maintient l'observation du règlement en ce qui touche les infirmiers, le travail et les lectures des malades. Sa visite est quotidienne et s'étend à tout l'asile. Il s'assure que tout malade puni est visité, au moins chaque demi-heure, par son gardien. Son contrôle est général au point de vue de la sécurité et de l'hygiène.

Il veille à ce que les pensionnaires puissent voir le gérant ou l'Inspecteur quand ils en témoignent le désir. Il s'intéresse à eux après leur sortie. Il contrôle la correspondance dans l'intérêt des malades, sous cette réserve que les lettres interceptées sont soumises à l'Inspecteur (celles qui sont adressées à l'Inspecteur ou au secrétaire d'Etat ne peuvent être ouvertes). Il s'enquiert de la fortune des nouveaux admis. Il appelle l'attention de ses subordonnés sur la santé des pensionnaires, et dresse une liste de ceux qui sont dispensés de la discipline ou du travail, ceux qui réclament des mesures particulières au point de vue hygiénique ou mental. Cette liste est remise à l'Inspecteur et, dans les cas graves, les familles sont informées. Le directeur est chargé, en outre, de la notification des décès. Les visites de l'extérieur lui sont rigoureusement soumises.

Le médecin adresse des rapports aux gérants et met le directeur au courant des choses médicales ; ces rapports sont transmis à l'Inspecteur. Il visite la maison au moins une fois par jour et chaque pensionnaire au moins deux fois par semaine ;

il voit chaque jour les malades dispensés de la discipline; il rend compte au directeur de leur état et de la situation de l'infirmerie. Les punis sont visités au besoin plusieurs fois par jour.

Il examine chaque pensionnaire à son entrée et son examen fait l'objet d'un rapport adressé à l'Inspecteur. Son action s'exerce enfin sur la propreté, l'hygiène, les conditions sanitaires, sous le contrôle du directeur.

L'Inspecteur est nommé par le secrétaire d'État, ses appontements sont fixés par le parlement.

Tout fonctionnaire de la « Retraite » est un « total abstainer ». Une amende n'excédant pas vingt livres et même l'emprisonnement avec travail forcé sont infligés à celui qui manque à la sobriété pendant le service.

Une semblable pénalité menace ceux qui sont coupables de mutinerie, de brutalité envers les pensionnaires. Les femmes alcooliques sont soignées par des femmes.

Dans les deux classes d'établissements, la procédure d'admission est la même, à part quelques détails purement administratifs. Chaque buveur nouvellement admis est examiné d'abord par le médecin, puis envoyé au bain. Par une disposition adoptée en Amérique, l'entrée est refusée aux infirmes, aux individus qui absorbent la surveillance, à ceux atteints de mal contagieux ou d'affections organiques. Les admissions, les sorties et les transferts sont rigoureusement contrôlés par le médecin.

La sortie par congé est accordée par le gérant sur l'avis favorable du directeur et du médecin après neuf mois de traitement et la sortie définitive après douze mois. Lorsque un malade n'est pas sorti au bout de l'année, le secrétaire d'État est informé; après dix-huit mois de séjour, le malade est l'objet d'un rapport. Des permissions temporaires sont délivrées aux malades qui sortent de l'asile pour plus de quelques heures.

La nourriture, le vêtement, le travail sont soumis à des prescriptions détaillées. Le menu des repas est affiché dans le réfectoire où tous les pensionnaires mangent ensemble. Les plaintes sur le régime sont reçues par un employé, désigné pour ce service. Aucun toxique ou drogue ne doit pénétrer dans l'asile sans une autorisation écrite du médecin.

Chaque pensionnaire a droit à un vêtement complet; mais il peut s'habiller à ses frais s'il le désire. La loi édicte de sages prescriptions touchant le vêtement des alcooliques.

Elle détermine heure par heure les détails de leur vie quotidienne dont le règlement doit être approuvé par le secrétaire d'État et affiché en évidence dans l'asile.

Le travail, aux jours de fêtes, est limité aux besoins stricts de la maison. M. Renton aurait souhaité que des dispositions particulières fussent adaptées aux religions diverses. Le travail sous toutes les formes est encouragé à l'asile ; les sommes gagnées par les malades sont affectées à leur pension, à leur propre usage, à leurs familles ou à tout autre emploi, selon leur désir.

Les visites se font sous la surveillance d'un infirmier. Le directeur peut les interdire. Les malades peuvent se mettre facilement en rapport avec les magistrats et les gens d'affaires. Les femmes sont autorisées à garder leurs enfants avec elles, si les circonstances le permettent.

La camisole est le seul moyen de contrainte permis. Elle est employée seulement dans un but de protection et son usage est mentionné sur le journal du directeur. Tout malade camisolé est visité au moins chaque demi-heure. Il y a deux sortes de punitions : restriction apportée dans le régime ou à certains priviléges ; une peine prononcée par une cour de juridiction sommaire. La première, infligée après enquête, est subie sous la surveillance du service médical. Elle est encourue pour fautes légères, paresse, insolence, mauvaise tenue à l'église, bris d'objets, etc. La sévérité du second degré s'applique à des actes plus graves, mutinerie, conduite violente, révolte, tentative d'évasion, introduction d'alcool. Les coupables sont déférés par le directeur au gérant, qui, suivant le cas, leur inflige une punition disciplinaire, ou les traduit devant un tribunal spécial, qui les condamne à une amende maxima de 20 livres ou à trois mois de prison, avec ou sans travail forcé.

La loi de 1898 a complété la procédure d'admission des alcooliques criminels en arrêtant que tout délinquant dont l'acte aura été commis sous l'influence de l'alcool pourra être placé par arrêt de la cour, pour une période n'excédant pas trois ans, dans un établissement réformateur de l'État ou dans une maison autorisée (avec l'agrément du directeur de cette maison.) Tout buveur d'habitude trouvé ivre sur la voie publique, qui aura commis trois scandales dans l'année, pourra, par un arrêt du tribunal, ou sur son consentement, être détenu dans une maison de réforme.

Ce long chapitre, que nous avons cru devoir analyser avec

détails, à cause de son intérêt sociologique, se termine par des remarques sur l'adaptation de la nouvelle loi à l'organisation administrative de l'Écosse et de l'Irlande.

VII. — *Un cas de porencéphalie incomplète*; par le Dr Aldous Clinch (numéro d'avril). — Le sujet de l'observation est un épileptique âgé de dix-sept ans ; au point de vue mental, imbécile du premier degré, dangereux et porté au suicide. Il est né après un accouchement pénible, ayant nécessité l'emploi du forceps. A onze mois, il a eu une première attaque à la suite de laquelle son côté droit s'est atrophié. Il a commencé à marcher à dix-huit mois, à parler à deux ans. Sa seconde attaque épileptique s'est montrée dans la troisième année, à forme tonique, d'une durée de deux à trois heures. A l'âge de neuf ans, le malade a eu un nouvel *ictus*, celui-ci à mouvements giratoires. Trois ans plus tard, enfin, ont apparu des attaques de forme ordinaire, en nombre toujours plus grand, jusqu'au jour de son admission.

C'est un garçon mal développé, parétique du côté droit, dont les membres sont fléchis et contracturés. Le côté affecté est plus froid que l'autre et atrophié ; ses mouvements sont limités. Dix mois après son entrée, il a eu une crise grave de mal épileptique. Il a succombé, après deux ans et demi de séjour, à une fièvre typhoïde.

Nous relevons dans l'autopsie les particularités les plus saillantes :

Atrophie des membres à droite, cuir chevelu épais, crâne mince et asymétrique, la moitié droite étant plus grande, la moitié gauche plus épaisse ; abondance des corps de Pacchioni ; différence de volume des deux hémisphères, le droit plus volumineux, le gauche dur au toucher.

A la partie inférieure du sillon de Rolando, on découvre dans les membranes un espace translucide ayant la dimension d'une pièce de deux sous, qui n'est autre chose que la paroi extérieure d'un kyste volumineux logé dans la couronne rayonnante.

Autour de cette cavité, les circonvolutions sont atrophiées et durcies. Ce sont : le tiers inférieur des deux circonvolutions centrales, la supra-marginale, une partie de l'angulaire et de la 1^{re} temporo-sphénoïdale, tout l'insula de Reil, qui est oblitéré, la moitié postérieure de la 3^e frontale. Le long diamètre de la cavité, d'avant en arrière, mesure 6 centimètres ; elle en a deux transversalement. Parcourue de brides cicatrielles mal for-

mées, elle est tapissée en dehors par l'arachnoïde, en dedans par la pie-mère.

Le corps calleux est atrophié, surtout dans ses trois quarts antérieurs; la voûte est déjetée à gauche. On constate l'atrophié du même côté des pédoncules, de la protubérance et de la moelle allongée.

L'examen micrographique a révélé des détails curieux. Au centre et parfois à la base des circonvolutions sclérosées, se trouvent des espaces assez étendus ressemblant à des kystes, bien que les parois en soient assez mal indiquées. Ces espaces contiennent un tissu connectif délicat et des vaisseaux à parois minces et distendues. Ils n'ont pas de membranes de revêtement, mais leur tissu connectif se condense et se transforme finalement en un feutrage de névroglie. Ces fibres ne doivent pas être confondues avec des fibres nerveuses, car l'on ne voit jamais de cellules nerveuses dans le voisinage des faisceaux conjonctifs.

Au début de la sclérose, les faisceaux de fibres nerveuses qui partent de l'écorce paraissent perforés et ont l'aspect d'un rayon de miel ; elles sont délicates et leur myéline s'épanche en gouttes autour des cylindres-axes.

L'auteur suit les progrès de la lésion dans ce cas clinique. Dès la première attaque, quelle qu'en soit la nature, des changements nécrosiques ont affecté l'écorce, envahie par des cellules provenant de la pie-mère ou des vaisseaux. Ces corps cellulaires contractent et déplacent le tissu nerveux qui meurt graduellement et est remplacé par le tissu connectif envahissant.

Plus tard, celui-ci a dégénéré et une cavité s'est creusée dans sa masse. Il y a là un *processus* nouveau qui diffère de celui de la sclérose nerveuse ordinaire.

M. Clinch s'est attaché à relever les traces de sclérose dans les circonvolutions atteintes et dans les tissus circonvoisins, dans l'espoir d'élucider quelques points d'anatomie cérébrale. Si les résultats qu'il a obtenus n'ont pas été, comme il le reconnaît, absolument satisfaisants, il n'en a pas moins fait une étude fructueuse des trajets nerveux dans la partie postérieure de la frontale ascendante, de ses connexions avec le corps calleux et la capsule interne. Cette partie de son travail, éclairée par de belles planches, ne se prête pas à l'analyse.

D^r PONS.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 13 juillet 1902 : Sur la proposition du ministre de la Guerre, est nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le Dr ROUBY (Pierre-François-Adrien), médecin-directeur de la Maison de santé de Saint-Eugène, à Alger, médecin-major de 2^e classe de l'armée territoriale affecté au 19^e corps d'armée, quarante et un ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts du 12 juillet 1902* : Est nommé officier de l'instruction publique, M. le Dr RÉGIS (Jean-Baptiste-Joseph-Emmanuel), chargé de cours complémentaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— *Arrêtés de juin 1902* : M. le Dr BONNE, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), poste créé;

M. le Dr HOUEIX DE LA BROUSSE, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Bordeaux du 11 mai 1896), est nommé médecin-adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes, poste créé;

M. Léo MEILLET, ancien député, est nommé directeur de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), poste créé.

M. le Dr RAVIART, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.);

M. le Dr ROUSSET, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 fr.).

— *Arrêtés de juillet 1902* : M. le Dr BELLAT, directeur-médecin de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.), pour prendre rang à la date du 1^{er} octobre 1902;

M. le Dr MIGNOT, chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. le Dr BONNE;

M. le Dr TOY, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le Dr AMELINE, déclaré admissible aux emplois de

médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 29 mai 1900), est nommé médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), poste créé.

— *Arrêté du 23 août 1902 : M. le Dr AMELINE, médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé à la 2^e classe de son grade (2.500 fr.) ;*

M. le Dr JACQUIN, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Bordeaux (Gironde), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} novembre 1902.

NÉCROLOGIE

Dr HENRI DAGONET. — Le Dr Henri Dagonet, qui vient de s'éteindre à l'âge de quatre-vingts ans, était né à Châlons-sur-Marne, le 4 février 1823. Son père était le Dr Grégoire Dagonet, qui occupait une haute situation, comme médecin et comme savant, dans sa ville natale, et qui fut le véritable créateur de l'asile de Châlons. Après de bonnes études classiques, au moment de choisir une carrière, M. Dagonet, sans hésitation, opta pour celle dans laquelle s'était illustré son père, et il alla se faire inscrire à la Faculté de médecine de Paris. Il y prit toutes ses inscriptions ; au moment de soutenir sa thèse, il fut nommé interne à l'asile de Fains (3 juillet 1848). Il y trouva comme maître, Renaudin, dont il devint rapidement l'élève de prédilection et l'ami, et auquel il garda toute sa vie une reconnaissance filiale. Aussi, quand Renaudin quitta Fains, pour aller prendre la direction de l'asile de Maréville, il s'empressa d'y faire venir son interne (20 juin 1849). Renaudin était alors dans tout l'éclat de sa réputation : esprit original, travailleur infatigable, administrateur de premier ordre, savant encyclopédique, il exerça une influence puissante sur l'esprit de son jeune élève. Cette influence se trouve marquée dans la thèse inaugurale que M. Dagonet soutint à la Faculté de Paris peu avant d'aller occuper sa place d'interne à Maréville (11 mai 1849). Cette thèse, intitulée *Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale*, n'était point une œuvre banale. « C'était un travail de longue haleine, rempli de faits et de remarques, dont plusieurs ne manquent pas d'originalité ». C'est en ces termes que les *Annales médico-psychologiques*, par la plume de Lunier, en rendirent compte, signalant surtout « une bonne méthode d'observation et une instruction solide ».

M. Dagonet était à peine docteur depuis un an, quand il fut nommé (5 juillet 1850) médecin en chef de l'asile de Stephansfeld, dans le Bas-Rhin, place devenue vacante par la démission du Dr Röderer. Il n'avait pas vingt-huit ans. Mais il sut vite montrer qu'il était à la hauteur de sa tâche, et qu'il était à

même de diriger le service important qui lui était confié. Trois ans après, en 1853, il concourut à l'agrégation près la Faculté de médecine de Strasbourg et il fut nommé après de sérieuses épreuves. Il avait dû faire sa thèse sur « *La respiration et l'hématose dans les maladies* ».

A partir de ce moment, l'activité du jeune docteur se dédouble. Il continue son service à l'asile de Stephansfeld, dont la population augmente d'année en année; mais en même temps il commence à la Faculté de Strasbourg, cet enseignement des maladies mentales, qu'il continua régulièrement chaque année, et qui fut toujours très suivi et très goûté par les étudiants. De ce cours, sortit en 1862, le *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, et c'est là, dans cet ouvrage, rapidement devenu classique, qu'il faut chercher les opinions et les doctrines du maître.

A l'époque où M. Dagonet arrivait à Stephansfeld, l'école psychologique, fondée avec tant d'éclat par Pinel et Esquirol, régnait encore en maîtresse; mais elle était battue en brèche par un novateur hardi, médecin de grand talent, ardent à la lutte, qui, non content d'apporter son contingent d'idées nouvelles et originales, cherchait encore à démolir l'édifice si laborieusement construit par ses devanciers. Esquirol avait établi une classification des maladies mentales qui était universellement adoptée et qui paraissait suffire à tous les besoins de la science. A cette classification, purement symptomatique, Morel voulut substituer la sienne, basée sur l'étiologie. Mais, s'il lui fut aisé de montrer les imperfections et les lacunes de la classification de Pinel et d'Esquirol, il fut moins heureux quand, à son tour, il produisit la sienne. Aujourd'hui, après un demi-siècle de discussions, nous cherchons encore la classification idéale et nos arrière-neveux, sans doute, ne la verront pas plus que nous. M. Dagonet ne prit pas une part active à ces luttes: il resta constamment fidèle aux doctrines d'Esquirol.

Dans l'introduction placée en tête de la première édition, il expose nettement ses vues: « Tant de systèmes, dit-il, se sont déjà produits, tant de théories ont surgi, à propos de l'aliénation mentale, que nous ne nous sentons pas le courage d'essayer de grossir le nombre et d'ajouter encore à la confusion qui, depuis quelques années, tend à se faire à propos de cette science (p. 2). »

« Tous nos efforts, avait-il dit plus haut, ont pour but d'exposer, d'une manière aussi complète et aussi exacte que possible, l'état actuel de la science sur l'une des affections les plus complexes, et, sans doute, les plus difficiles à bien étudier. Attaché, comme professeur agrégé, à une Faculté de médecine, dont l'enseignement se distingue par un esprit essentiellement

pratique, nous avons cherché à ne pas nous écarter des excellentes traditions de cette école, et nous nous sommes placé, pour la rédaction de notre travail, au point de vue purement médical et exclusivement pratique (p. 1).»

Tel était le programme qu'il s'était tracé, et le succès qui couronna ses efforts montre qu'il n'avait pas fait fausse route. Le *Traité des maladies mentales* arriva en 1894 à sa troisième édition ; et si, dans chacune des éditions successives, on voit que l'auteur s'est tenu soigneusement au courant de toutes les découvertes nouvelles et en a enrichi son livre, il faut reconnaître aussi qu'il est resté fidèle à son plan primitif, et qu'il a toujours cherché à éclairer le côté pratique des questions.

Par ses travaux, par la légitime notoriété qu'il avait acquise comme médecin de Stephansfeld, M. Dagonet était arrivé à une situation hors de pair, et personne ne fut étonné, quand en 1867, il fut appelé à la place de médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, nouvellement créé. Il pouvait considérer cette nomination comme une consécration légitime de son mérite. Et pourtant il dut quitter, avec un serrement de cœur, cet asile de Stephansfeld, où s'étaient écoulées les premières années de sa jeunesse, où il était entouré d'estime et d'affection.

A Paris, il se trouva aux prises avec des difficultés auxquelles assurément il ne s'attendait pas. Lui, l'homme doux, pacifique, conciliant, eut à lutter contre des adversaires acharnés, qui en voulaient surtout à sa place, et qui, il faut le dire, ne reculèrent devant rien pour arriver à leurs fins. Les tracasseries incessantes qui le poursuivirent pendant des années, ne purent altérer sa belle humeur, ni troubler la sérénité de son âme. Il lutta, puisqu'on le forçait à lutter, et comme il avait le droit pour lui, il finit par triompher. Les dernières années de sa vie active, il put les passer dans le calme et la tranquillité qu'il préférait à tout.

M. Dagonet prit sa retraite en 1888, après trente-huit ans de services ; il eut la satisfaction, avant de quitter Sainte-Anne, de voir son fils, déjà connu par d'importants travaux, y entrer comme médecin-adjoint ; il vécut assez pour assister à sa nomination de médecin en chef.

En 1882, il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Depuis 1858, M. Dagonet appartenait à la Société médico-psychologique comme membre correspondant. En 1867, il devint titulaire, et en 1885 il fut appelé à l'honneur de la présidence.

La carrière de notre éminent collègue a été longue et laborieuse. Dès son internat, il s'est montré un travailleur infatigable, et les *Annales médico-psychologiques* n'ont pas eu, pen-

dant de longues années, de collaborateur plus assidu. C'est dans ce recueil qu'il faut chercher les nombreux mémoires qu'il a rédigés successivement sur les questions les plus variées, et qui, avec son *Traité des maladies mentales*, forment une œuvre d'une importance considérable.

Sans parler des comptes rendus annuels de son service médical, dans lesquels, à l'exemple de Renaudin, il ne manquait pas de traiter une des questions à l'ordre du jour, ni des rapports médico-légaux qu'il eut à rédiger dans les nombreuses affaires où il fut appelé comme expert et qui resteront des modèles de clarté et de précision, je me bornerai à citer, parmi ses travaux les plus importants, une série de mémoires sur l'organisation des asiles d'aliénés :

Lettre à M. le sénateur, Préfet de la Seine, sur l'organisation des asiles d'aliénés, 1863 ;

Des expertises médico-légales en matière d'aliénation mentale, 1867 (*analyse d'un travail de Mittermaier*) ;

De la réorganisation du service des aliénés dans les asiles du département de la Seine, 1878.

Puis de véritables monographies sur des questions encore à l'étude :

Impulsion dans la folie et folie impulsive, 1870 ;

De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection mentale désignée sous le nom de stupidité, 1872 ;

De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale, 1873.

Folie morale et folie intellectuelle, 1877.

Après un tel labeur, M. Dagonet avait le droit de se reposer. Malheureusement ses dernières années furent assombries par de cruelles souffrances. Des névralgies tenaces, rebelles à tous les traitements, lui firent endurer d'intolérables douleurs et minèrent peu à peu sa constitution. Quand il succomba, le 4 septembre 1902, il n'était plus que l'ombre de lui-même.

Ses élèves, ses amis, sa famille, se réunirent le 8 septembre à l'asile Sainte-Anne pour adresser un dernier adieu à sa dépouille mortelle, avant qu'elle fût transportée à Verdun, où a eu lieu l'inhumation. M. Magnan, au nom des médecins de Sainte-Anne; M. Christian, au nom de la Société médico-psychologique et comme ancien interne de M. Dagonet, essayèrent de faire revivre la figure si sympathique du maître disparu et de retracer les phases de cette existence si bien remplie. Ces témoignages de profonde admiration furent renouvelés le lendemain, à Verdun, par M. Paul Dubuisson, le successeur de M. Dagonet, à l'asile Sainte-Anne, et par M. Picqué, au nom des amis de la famille.

Au moment de disparaître, le maître regretté a du moins emporté la consolation de pouvoir se dire : « *Non omnis*

moriar », puisqu'il laisse derrière lui un fils, digne gardien des traditions que lui ont léguées son grand-père et son père, qui saura maintenir et agrandir encore l'héritage de science et de probité professionnelle qu'il a été appelé à recueillir.

J. CHRISTIAN.

*Discours de M. le D^r MAGNAN, au nom des médecins
de l'asile Sainte-Anne.*

Messieurs,

C'est avec une profonde tristesse que j'adresse, au nom des médecins de l'asile Sainte-Anne, un suprême adieu à notre cher et bien regretté collègue, le D^r Henri Dagonet.

Né à Châlons-sur-Marne où son père était médecin-directeur de l'asile qu'il avait organisé, sa vie s'est écoulée dès son enfance au milieu des aliénés ; ému de leurs souffrances, pris de pitié pour leur infortune, il s'est intéressé à leur sort et sans nulle hésitation, presque instinctivement, il s'est senti poussé vers les études psychiatriques. Sa vocation précoce affirmée dès la première heure n'a fait que croître avec les années et c'est ainsi que Henri Dagonet est devenu un de nos grands aliénistes.

Dans ce jour de douloureuse séparation, je ne puis m'empêcher de me reporter bien loin en arrière, au mois de mai 1867, lorsque notre distingué collègue est venu parmi nous. Il s'était montré dès son arrivée réservé, modeste, comme il a, du reste, toujours été, et cependant il avait été précédé par une réputation de bon aloi, car il était un savant et un clinicien de haute valeur. Agrégé de la Faculté de Strasbourg, médecin en chef de l'asile de Stephansfeld, il s'était empressé de mettre à profit dans l'intérêt de l'enseignement cette double situation officielle, en créant à la Faculté un cours dogmatique sur les maladies mentales et en instituant des leçons cliniques à l'asile de Stephansfeld ; cet enseignement ainsi complété, très recherché, fécond en résultats pratiques, était suivi à la fois par les élèves de la Faculté et de l'Ecole militaire de Strasbourg.

Le souvenir de ces leçons, où le maître se donnait tout entier, est resté vivace dans le cœur des médecins de l'armée qui les ont suivies, et pendant un voyage que le D^r Henri Dagonet fit en Algérie, lors du Congrès de 1883, il retrouvait à chaque étape, parmi les médecins militaires, des anciens élèves de Stephansfeld, heureux de pouvoir témoigner leur vive reconnaissance au professeur aimé et respecté qui les avait conduits, d'une main sûre, à travers les dédales de l'aliénation mentale.

Quelques années après son arrivée à Paris, en 1875 et 1876,

le Dr Henri Dagonet nous a donné la mesure de son vaste savoir, de son érudition, de la pénétration de son jugement, de son puissant esprit d'analyse, de son talent d'exposition, clair, précis, méthodique, dans les leçons cliniques faites à Sainte-Anne, en collaboration avec ses collègues Lucas, Bouchereau et moi-même, hélas ! aujourd'hui le seul survivant de cette période laborieuse.

Ma tâche n'est point de rappeler ici les nombreuses et remarquables publications de ce travailleur infatigable ; mais je ne puis m'empêcher de signaler son « *Traité des maladies mentales* » paru en 1862 et parvenu aujourd'hui à sa troisième édition. Cet ouvrage devenu classique, répandu non seulement en France, mais aussi à l'étranger, a servi de guide à plusieurs générations de médecins ; les magistrats, à leur tour, et les administrateurs y puisent de précieux renseignements. On le verra bien longtemps encore entre les mains de tous ceux qui, dégagés des théories, voudront se faire rapidement une idée nette des maladies mentales.

Esclave du devoir, Henri Dagonet était un modèle de ponctualité ; arrivé à heure fixe chaque matin, il s'enquérait avec une extrême minutie de tous les détails du service, convaincu que, dans un asile d'aliénés, rien ne doit être livré au hasard, tout doit être prévu si l'on veut éviter les pénibles surprises que nous ménagent parfois les moindres négligences. Dévoué, bon, paternel pour ses malades, il savait avec une patience et une bienveillance inlassables les rendre confiants ; il les écoutait et les suivait dans leurs préoccupations maladives, et s'il réussissait quelquefois seulement à redresser leurs erreurs, il parvenait toujours à les rassurer et à les consoler.

Son cœur plein de sollicitude pour ses malades n'a pas oublié non plus les infortunes imméritées de quelques-uns de nos confrères, les veuves, les orphelins ; et au milieu de ses souffrances, songeant stoïquement à une fin prochaine, par une note écrite de sa main sur une feuille détachée, il a fait un legs à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Que mon excellent collègue Jules Dagonet, que son frère Eugène, que M^{me} Dagonet veuillent bien m'excuser de soulever un coin du voile de la vie intime : le Dr Henri Dagonet n'a point fait de testament, sachant l'harmonieuse et tendre union de ses fils et de leur mère, il s'est contenté d'écrire : « Je sais que vous ferez pour le mieux. » Heureux le père de famille qui peut disparaître dans une telle quiétude, et quel éloge pour les siens !

Entouré de l'affectionnée tendresse de M^{me} Dagonet, des soins éclairés et dévoués de son fils, il supportait depuis longtemps avec une courageuse résignation les étreintes d'un mal

implacable ; mais, épaisé par ses longues souffrances, il n'a pu résister à une complication pulmonaire, survenue il y a peu de jours.

Il a conservé jusqu'aux derniers moments l'intégrité de son intelligence, moins soucieux, moins préoccupé de son propre mal, que de l'immense chagrin et des larmes que ses fils et sa femme éplorés parvenaient avec peine à cacher autour de lui ; à bout de forces, il s'est éteint doucement, jeudi soir, après une très courte agonie.

Votre vie, cher collègue, toute de travail, d'honneur et de dévouement, servira d'exemple à ceux qui vous suivront et votre inoubliable souvenir restera gravé au fond du cœur de tous ceux qui vous ont connu.

Discours de M. le Dr J. CHRISTIAN, au nom de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

Il y a peu de mois, nous disions un dernier adieu à l'un de nos maîtres les plus vénérés et les plus justement estimés, à Jules Falret. Aujourd'hui c'est un autre de nos maîtres, de la même génération, lui aussi estimé et aimé de tous ceux qui l'ont approché, que nous accompagnons à sa dernière demeure. Avant que cette tombe se ferme, j'ai le devoir de vous rappeler quel homme excellent, quel praticien consciencieux, quel savant modeste était M. Dagonet.

Je puis en parler, car c'est dans son service à Stephansfeld que j'ai débuté comme interne, il y a plus de quarante ans ; ce sont ses leçons qui m'ont initié à l'étude des maladies mentales, qui ont guidé mes premiers pas dans la carrière ; de ces années que j'ai passées sous sa direction, j'ai gardé un souvenir de profonde reconnaissance. Alors aussi j'ai pu apprécier combien, sous ses dehors froids et réservés, il était bon et serviable. J'ai pu voir avec quel soin il se cachait des bienfaits qu'il répandait autour de lui. Si je pouvais, ici, soulever le voile que lui-même tenait à mettre sur ses actes, je nommerais quelques-uns de ceux auxquels il a tendu la main, leur aidant à sortir des pires difficultés, leur permettant de se créer une situation honorable. J'ajouterais que sa dernière pensée a été pour l'Association des médecins aliénistes et la Société de prévoyance des médecins de la Seine, auxquelles il a laissé un don important.

M. Dagonet appartenait à cette génération de médecins consciencieux, travailleurs, convaincus, parfois même un peu enthousiastes, à qui fut réservée la tâche de réaliser dans la pratique le régime que la loi de 1838 voulait appliquer aux aliénés.

Tout jeune, il avait à peine vingt-huit ans, il fut placé à la tête du service médical de l'asile de Stephansfeld ; et vite il montra qu'il n'était pas au-dessous de ce que l'on attendait de lui. Il sut s'inspirer des exemples et des leçons que lui avaient donnés son père, le créateur de l'asile de Châlons, et Renaudin, dont il avait été l'interne et l'élève préféré, Renaudin à qui il conserva toujours une affection filiale. Ses comptes rendus annuels, ses mémoires sur différents points de la pathologie mentale, ses rapports de médecine légale, montrèrent avec quel zèle il s'occupait de son service. Puis il fut nommé, au concours, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg : de ce jour la Faculté posséda un enseignement officiel des maladies mentales, et, si je ne me trompe, ce fut le premier en France. C'est de ces leçons, assidûment suivies par les élèves, que sortit le *Traité des maladies mentales*, qui, paru en 1862, arrivait en 1894 à sa troisième édition.

Ainsi, par des efforts continus, par un travail ininterrompu, et surtout par une application constante à ses devoirs, M. Dagonet était arrivé rapidement à se faire en Alsace une situation hors de pair ; et quand, en 1867, l'asile Sainte-Anne fut ouvert et qu'il fut appelé à y occuper la place de médecin en chef, personne ne s'étonna qu'il eût été choisi parmi tant de compétiteurs ; on n'y vit que la juste récompense de son mérite. Mais son départ de Stephansfeld fut profondément regretté : personne alors ne pouvait soupçonner que la séparation aurait eu lieu, quand même, dans un avenir peu éloigné et au milieu de quels déchirements !

Si M. Dagonet dut se sentir lui-même heureux d'être appelé à Paris, j'imagine cependant que parfois il regretta la vie paisible et honorée qu'il menait à Stephansfeld. Car, à peine installé dans son nouveau poste, il s'y trouva aux prises avec d'incessantes difficultés. Il y rencontra des inimitiés ardentes et passionnées, qui semblaient s'adresser moins à sa personne qu'à sa situation de médecin en chef de Saint-Anne. Il dut s'épuiser dans une lutte de tous les instants ; un caractère moins fortement trempé y eût succombé ; mais il fut inébranlable et il finit par triompher ; le jour vint où justice lui fut rendue. L'estime et l'appui de ses confrères ne lui avaient jamais fait défaut ; dans une circonstance mémorable, la Société médico-psychologique tout entière et à l'unanimité, voulut se solidariser avec lui. Elle l'appela à l'honneur de la présidence en 1885.

Les dernières années de sa vie active s'écoulèrent calmes et douces, comme il les avait toujours rêvées. Puis sonna l'heure de la retraite. Les années de repos qu'il espérait consacrer aux joies de la famille, furent assombries par la maladie. Des

névralgies contre lesquelles il épuisa en vain tous les moyens thérapeutiques, le firent cruellement souffrir; mais la douleur ne put altérer sa sérénité, et dans les rares intervalles que lui laissaient ses souffrances, on le retrouvait tout entier, tel qu'on l'avait connu jadis, avec son esprit fin et parfois un peu caustique, mais toujours aimable et bienveillant.

M. Dagonet disparaît à l'âge de quatre-vingts ans. Sa vie a été longue; il la quitte à l'heure où la fin doit sonner, comme le travailleur qui, à la tombée de la nuit, quitte son ouvrage et se repose. S'il avait jeté un regard en arrière, il aurait pu se dire qu'il avait noblement rempli sa tâche, qu'il avait grandement honoré le nom que lui avait laissé son père, et qu'à son fils, qui à Sainte-Anne continue les traditions paternelles, il laissait intact l'héritage de probité professionnelle qu'il avait lui-même reçu.

Il aurait pu se dire aussi, et c'était le grand bonheur de sa vie, qu'il avait largement goûté les joies de la famille. Dans les heures de joie comme aux heures d'épreuves, il s'est senti soutenu par sa digne compagne, qu'il trouvait toujours à ses côtés, et qui, jusqu'à la dernière heure, aidée de ses fils, a pu lui prodiguer ses soins. Avec ses enfants et ses petits-enfants, elle gardera pieusement le souvenir de celui qui a été le compagnon fidèle de sa vie; et nous tous qui avons connu M. Dagonet et qui venons lui dire le suprême adieu, nous conserverons sa mémoire et nous prononcerons son nom avec respect.

Adieu, cher maître.

*Discours de M. le Dr DUBUSSON, successeur du Dr Dagonet,
à l'asile Sainte-Anne.*

Messieurs,

J'obéis au plus légitime des sentiments en venant prononcer quelques paroles de souvenir et d'adieu sur la tombe de l'homme auquel, en 1888, j'eus le grand honneur de succéder.

Quinze ans se sont passés. Eloigné de la jeune génération médicale, qui a pris la place de l'ancienne dans les asiles de la Seine, il est demeuré inoubliable pour ceux qui, comme moi, ont eu le bonheur de l'approcher avant qu'il n'eût pris sa retraite.

De taille plutôt petite, mais de santé robuste, le Dr Henri Dagonet était doué d'une activité admirable. Il demeure dans mon souvenir comme un modèle d'ordre, d'exactitude, d'assiduité à ses devoirs professionnels. Chaque matin, à la même heure, on le voyait descendre dans son service pour en remonter exactement trois heures après. Puis il partageait son temps entre l'étude, la promenade et les obligations de l'amitié. Et

pendant trente-sept ans, qu'il fut médecin en chef de l'asile de Stephansfeld ou de Sainte-Anne, il a mené cette vie studieuse et calme avec une persévérance inlassable.

Ce praticien si réglé, d'apparence un peu froide, était le plus accueillant et le meilleur des hommes. Et rien ne le prouve mieux que l'affection dont, jusqu'au dernier jour, l'ont entouré ses malades, quelque difficile cependant qu'il soit de conquérir la sympathie d'un aliéné.

Quelle patience ne faut-il pas à celui qui a ces malheureux sous sa garde, pour écouter chaque jour les mêmes plaintes, les mêmes récriminations, et souvent les mêmes menaces ! De quel esprit d'invention ne doit-il pas être pourvu pour répondre à chacun, le consoler par un mot, faire naître en lui quelque espérance ! Cela exige, pour être exercé comme il convient, toutes sortes de qualités d'intelligence et de cœur. Ceux qui ont autrefois suivi le Dr Dagonet dans ses visites matinales n'oublieront jamais avec quel art il s'acquittait de sa tâche, avec quelle adresse il savait, par un mot d'amitié, par une flatterie, adoucir toutes ces amertumes, calmer au besoin toutes ces colères. Quand il a quitté le service, il s'y trouvait quelques malades qui étaient là depuis la fondation de l'asile et ceux-là, plus que les autres peut-être, auraient dû lui en vouloir d'une séquestration si prolongée : ce sont eux cependant qui ont été le plus affectés de son départ et qui sont restés le plus fidèles à son souvenir.

Prudent, je dirais presque à l'excès, se méfiant volontiers des innovations, redoutant tout traitement que l'expérience n'avait pas consacré, il aimait à s'en tenir aux anciennes pratiques de la médecine aliéniste et croyait avec ses maîtres que des maladies presque toujours d'origine morale appellent avant tout une médication morale. C'était celle qu'il appliquait si habilement tous les jours ; non pas qu'il fût hostile au progrès, il demandait des preuves, et, en attendant, il avait assez de raison et de tolérance pour ne point considérer comme des inférieurs ou des adversaires ceux qui ne partageaient pas ses opinions.

Le même esprit de sagesse le guidait en matière de théories. Ici encore il se défiait des conceptions nouvelles, surtout quand elles ne se présentaient pas avec cette évidence qui impose la conviction. Il n'aimait pas non plus à se payer de mots et n'imaginait pas que donner une appellation nouvelle à quelque maladie connue était faire faire un pas considérable à la science.

Il n'avait rien, d'ailleurs, à envier à ses collègues sous le rapport scientifique. Il était né médecin aliéniste, par vocation héréditaire en quelque sorte ; son père, médecin très distingué,

avait été le fondateur et pendant longtemps le médecin-directeur de l'asile de Châlons-sur-Marne. Lui-même, après une thèse très remarquable sur la responsabilité criminelle, — ce fondement de toute la médecine légale de l'aliéné, — était devenu, en même temps que médecin de l'asile de Stephansfeld, professeur agrégé de cette Faculté de médecine de Strasbourg qui, après la catastrophe de 1870, fournit un si brillant contingent à la Faculté de Paris. Il y fut, en psychiatrie, le maître de Straus, de Mathias-Duval, de Lereboullet, de Lacassagne et de bien d'autres. Ces titres scientifiques tout autant que pratiques le désignèrent, lors de la création de Sainte-Anne en 1867, au choix du préfet de la Seine, et il leur dut d'être mis à la tête d'un de nos services. Il avait déjà composé son *Traité d'aliénation mentale*, l'un des rares ouvrages de ce genre qui existent en France, où les mémoires et les travaux spéciaux abondent, mais où, en dehors des simples manuels, on en est à compter les travaux d'ensemble. Il a déployé là toutes les qualités de son esprit clair, méthodique, observateur et par-dessus tout sensé. S'il s'en est tenu principalement aux faits et a laissé de côté les théories, ce n'est pas qu'il n'aurait pu en esquisser, tout comme d'autres, mais c'est qu'il croyait, et non sans raison peut-être, que l'heure des théories n'avait pas encore sonné.

Certes ce n'est pas là un bagage scientifique à dédaigner, et plus d'un, parmi nous, serait singulièrement fier d'en laisser un pareil au jour de sa mort. Mais ce qui, à nos yeux, ajoute à tant de mérites et met si haut dans notre estime Henri Dagonet, c'est qu'à toutes ces qualités d'intelligence et de caractère, il a joint une modestie incomparable. Des milliers de malheureux ont passé par ses mains, et c'est à peine si le public connaît son nom ; il aurait pu trouver dans les incidents journaliers de l'asile cent occasions de faire appel à la presse, et jamais journal n'a parlé de lui que pour annoncer qu'il n'était plus ; il n'a ambitionné aucun honneur, il est resté jusqu'au bout l'homme modeste et attaché uniquement à son devoir qu'il a été dès ses débuts.

L'armée médicale a certainement besoin d'hommes hardis qui, laissant de côté les chemins battus, s'adonnent à la recherche des voies nouvelles : à eux naturellement vont la fortune, la célébrité, les honneurs, quand par hasard le succès couronne leurs efforts, et c'est justice. Mais elle a aussi besoin, cette armée, d'hommes simplement dévoués, qui, satisfaits de leur rôle de médecins et confinés dans leurs salles d'hôpital ou d'asile, s'attachent modestement à leur devoir professionnel. Ceux-là, dans la médecine mentale, sont d'autant plus nécessaires que les malades, plus difficiles à guérir, végètent dans une situation plus

pénible. Le Dr Dagonet, par goût, par inclination naturelle, a pris rang, parmi ces modestes. Sachons lui gré de n'avoir voulu être autre chose qu'un homme utile, et que ce soit là pour nous une raison d'entourer sa mémoire de plus de reconnaissance et de respect.

*Discours de M. le Dr PICQUÉ, au nom des amis
de la famille.*

Je suis encore sous le coup de la profonde émotion que m'a causée la cérémonie, à la fois simple et imposante, dans laquelle devant une foule nombreuse composée de médecins et d'administrateurs, les collègues, les élèves et les amis du regretté Dr Dagonet, sont venus exposer en termes émus ce qu'il avait été comme professeur, comme médecin aliéniste et comme homme privé.

Et dans cette foule recueillie, rien n'était plus touchant et ne venait mieux que les paroles même les plus éloquentes démontrer ce qu'avait été le Dr Dagonet que la présence de tous les malades de l'asile : ils avaient sollicité l'honneur de saluer la dépouille mortelle du médecin qui les avait quittés quinze ans auparavant pour prendre sa retraite, et ils n'avaient pas oublié malgré leur état de déchéance intellectuelle l'affection et les soins qu'il leur avait prodigués, montrant ainsi ce qu'il y a de bon au fond du cœur de l'homme même le plus déshérité.

Je me suis senti également pris d'une grande tristesse lorsque, franchissant la porte de cet asile, où il avait vécu trente-cinq ans, dans cette voiture qui l'emménait à la gare de l'Est, je pensais que le Dr Dagonet quittait pour la dernière fois ces aliénés auxquels il avait donné son cœur, son intelligence, sa vie tout entière, et au milieu desquels il avait vu le jour dans cet asile de Châlons-sur-Marne que son père Grégoire Dagonet avait créé et dirigé comme médecin-directeur.

Aujourd'hui, nous nous trouvons réunis tristement près de cette tombe, sur cette terre lorraine où il a manifesté le désir de reposer pour être près des siens, pour se rapprocher aussi de ce pays annexé où il avait passé sa jeunesse et qu'il a toujours regretté comme homme et comme patriote, sans toutefois jamais perdre l'espérance qui doit se trouver au cœur de tout bon Français.

La cérémonie actuelle n'a plus le caractère officiel de celle d'hier. Ici, nous trouvons réunis les membres de cette famille si nombreuse mais si unie, ses amis et ceux de ses fils Eugène et Jules qui ont tenu à honneur de rester près d'elle, au moment de la séparation suprême.

Si je viens prendre la parole devant cette tombe qui va se

refermer pour toujours sur celui que nous pleurons tous ici, c'est pour m'acquitter d'une dette de pieuse reconnaissance vis-à-vis de l'homme qui, dans les dernières années de sa carrière, m'a honoré de son amitié et m'a reçu comme un fils dans son milieu familial.

Le caractère intime de cette cérémonie m'interdit de rappeler devant vous sa carrière de professeur et de médecin. D'autres plus compétents l'ont fait hier.

Et cependant, en raison de la proximité de la frontière, dans cette ville essentiellement militaire, laissez-moi mettre en lumière devant vous un des côtés intéressants du rôle qu'il a joué comme professeur.

H. Dagonet a été utile à cette armée que nous devons tous aimer à notre époque, parce que nous la voulons forte et puissante autant que respectée.

Il a été à Strasbourg un véritable initiateur dans la plus large acception du mot.

Non seulement il avait, comme on l'a rappelé hier, fondé dans cette Faculté, qu'illustraient à l'époque des hommes éminents dans toutes les branches de la médecine, le premier enseignement officiel de la psychiatrie, mais encore il avait compris dès le début l'importance de cette étude pour le médecin militaire appelé à chaque instant à juger l'état mental de jeunes soldats traduits devant les tribunaux militaires.

Or cet enseignement utilitaire qu'il avait su rendre clair et méthodique en le dépouillant de tout caractère doctrinal avait produit une réelle impression sur de nombreuses générations militaires.

J'ai toujours entendu parler de cet enseignement avec le plus grand éloge par les nombreux médecins militaires que je compte parmi mes maîtres et mes amis et qui avaient eu la bonne fortune de le suivre à l'asile de Stephansfeld.

Tous parlent avec la plus grande vénération de H. Dagonet.

Depuis la guerre de 1870, malheureusement, son exemple n'a plus été suivi.

L'Université de Paris n'a pas su profiter des ressources cliniques considérables qu'elle avait à sa disposition et des hommes éminents qui pouvaient continuer son œuvre.

Récemment encore, dans un Congrès de médecins aliénistes, ne déplorait-on pas l'absence d'aliénistes militaires, et pendant une discussion ouverte à propos des aliénés criminels dans l'armée, je ne pouvais m'empêcher de penser que près d'un demi-siècle auparavant H. Dagonet avait résolu ce problème.

A l'étranger, toutefois, il a eu des imitateurs, et la Russie comprenant tout l'intérêt des études de psychiatrie pour les médecins d'armée possède depuis longtemps un asile d'aliénés

militaires où les médecins de l'armée russe peuvent se perfectionner dans cette branche si importante de nos connaissances.

Si H. Dagonet a été utile à l'armée, et sous ce rapport il a droit dans nos cœurs et à Verdun à une véritable vénération, il a su également porter le renom de la science française à l'étranger en publiant un traité d'aliénation mentale qui pour des raisons que je n'ai pas à apprécier ici n'a pu être traduit, mais qui à l'époque où la science française projetait sur le monde entier un si glorieux rayonnement a servi de breviaire à tous ceux qui à l'étranger connaissaient notre langue.

Je me rappelle qu'en 1890, me trouvant à Odessa et invité par les autorités administratives de la ville à l'inauguration d'un asile d'aliénés construit sur les plans de l'asile Sainte-Anne, le médecin qui devait le diriger vint me dire qu'il avait appris la psychiatrie dans l'ouvrage du Dr Dagonet.

Ce médecin fit battre bien fort ce jour-là mon cœur de patriote et d'ami, et j'eus d'ailleurs souvent au cours de mes voyages à l'étranger la satisfaction bien vive de constater dans plusieurs universités de l'Allemagne et de l'Autriche la déférence qu'on témoignait au savant modeste dont nous entourons aujourd'hui la dépouille mortelle.

Il m'appartient davantage de parler de l'homme privé.

Ceux qui ont eu comme moi le bonheur de l'approcher savent combien il était modeste. C'est qu'il possédait la vertu des forts. Non seulement, au cours de sa longue carrière, il n'avait pas recherché les honneurs ; mais les hommages mérités rendus à son caractère et à ses qualités de professeur l'étonnaient presque.

Je me rappelle une visite qui lui fut faite un jour à Sainte-Anne par un très éminent professeur de la Faculté de Paris, aujourd'hui disparu, qui était venu lui recommander un malade.

Ce professeur arrivé aux plus hautes situations académiques avait été autrefois élève à Strasbourg et il l'avait abordé avec toute la déférence d'un étudiant parlant à un professeur estimé dont il avait jadis suivi les cours.

Et cet hommage l'avait surpris, tant sa modestie était grande et sincère.

H. Dagonet avait également un grand fonds de timidité.

Rien ne rappelait chez ce vieillard tranquille et débonnaire les luttes qu'il avait eues à soutenir parfois au cours de sa carrière et qui semblaient dénoter chez lui un tempérament combatif.

C'est qu'il appartenait à cette race d'hommes généreux qui savent placer les intérêts qui leur sont confiés bien au-dessus de leur intérêt personnel ; il était de ces hommes qui ne demandent rien pour eux, mais qui, forts de leur droit et soucieux des

intérêts vitaux qu'ils ont entre les mains, ne cessent de combattre en faveur de ceux qui souffrent, la routine, l'ignorance ou l'indifférence de beaucoup.

Certes, ces hommes-là compromettent parfois leur tranquillité personnelle. Il leur faut du courage et une belle santé morale pour lutter contre les puissants du jour, mais quelle satisfaction ne doivent-ils pas éprouver quand ils ont la conscience d'avoir défendu contre toutes les hypocrisies et tous les calculs les existences dont il ont la charge!

Dans sa retraite, nous retrouvons H. Dagonet tel que sa nature l'avait fait. Il a dépouillé l'homme de lutte que les circonstances avaient créé en lui. Il a fait son devoir durant sa carrière et il en est satisfait; mais il n'en parle jamais; jamais je n'ai surpris sur ses lèvres la moindre parole d'amer-tume à l'adresse de ceux qu'il a eus à combattre.

Depuis quelques années, la maladie faisait son œuvre: ses forces le trahissaient de jour en jour; l'intelligence restait pourtant intacte, mais toute conversation un peu prolongée avec lui devenait difficile.

Combien souvent j'ai regretté de ne pas l'avoir connu à l'époque active de sa carrière et de n'avoir pu ainsi profiter de son expérience des hommes et des choses!

Mais jusqu'à sa mort, ce fut un vrai plaisir pour moi, quand j'arrivais le dimanche soir, dans ce milieu familial si affectueux pour moi, de prendre dans ma main, la main de cet excellent homme dont la vie intellectuelle était terminée, mais qui représentait à mes yeux une vie d'honneur, de travail et de dévouement.

Et quelle joie pour nous tous, quand nous nous réunissions autour de lui, d'apprendre que les douleurs qui l'étreignaient sans cesse étaient devenues moindres et qu'il allait s'asseoir à la table de famille que depuis quelques mois il avait abandonnée!

Nous étions heureux de voir devant nous cet homme de bien, et quoique la vue de ses souffrances, parfois réveillées, jetât souvent dans les dîners intimes une teinte de mélancolie, nous admirions cette vénération véritable dont ses proches l'entouraient et qui était pour lui une atténuation à ses pénibles souffrances. Nous nous considérions un peu comme ses fils, tant il avait conservé pour nous d'affabilité, et nous le vénérions tous.

H. Dagonet, nous n'aurons plus la joie de vous voir, nous ne pourrons plus contempler votre belle figure de vieillard, mais votre souvenir ne s'effacera pas en nous. Nous nous rappellerons quel homme intègre et dévoué vous avez été, et votre vie d'homme de science et de médecin restera pour nous un modèle

et un exemple pour ceux que nous avons mission de diriger dans l'existence.

H. Dagonet, au revoir dans le monde meilleur où j'espère vous retrouver un jour, à côté de ceux que nous avons le plus aimés et admirés.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

40. *Actes de violence et tentative d'assassinat.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 31 mars 1902) :

M^{me} Ernestine V..., jeune et jolie modiste de la rue Taitbout, a cru, hier, sa dernière heure venue.

Depuis quelque temps, elle recevait chez elle un employé de commerce, M. Jules Picot, âgé de trente ans, domicilié 94, rue Blanche.

Hier soir, comme de coutume, celui-ci vint lui rendre visite. Soudain, pendant le dîner, il fut pris d'un terrible accès de folie.

— Je sais que tu veux m'empoisonner! s'écria-t-il, en prenant son assiette et en la lançant à la tête de son amie.

Puis, avant que celle-ci fût revenue de sa surprise, il se précipita sur elle, la saisit à la gorge, la renversa sur le parquet et se mit à la frapper, avec acharnement, à coups de pied et de poing.

Bien que grièvement blessée, la malheureuse jeune femme se défendit avec la plus grande énergie. Elle parvint à se dégager et se réfugia dans un cabinet de débarras, où elle s'enferma à clé.

Le fou, dont la fureur était à son paroxysme, s'arma alors d'une hache. En quelques minutes, le mobilier fut réduit en miettes. Il lança les débris par la fenêtre donnant sur la rue. C'est un miracle qu'aucun passant n'ait été blessé.

Quand les gardiens de la paix, requis par le concierge de l'immeuble, arrivèrent, l'insensé se rua sur eux et tenta de les frapper avec son arme. Une lutte terrible s'engagea. Finalement, Jules Picot fut désarmé et solidement ligoté. Les agents le firent monter dans un fiacre et le conduisirent au commissariat de police, d'où il fut dirigé sur l'infirmerie spéciale.

M^{me} Ernestine V..., qui ne porte pas moins de vingt blessures profondes, a dû immédiatement s'aliter.

41. *La folie du docteur Boileux.* — Nos lecteurs se souviennent de l'affaire Boileux-La Jarrige qui eut, il y a six ans, un retentissement considérable.

Ces deux docteurs furent accusés d'avoir, à la demande de M. Charles M..., sportsman et homme de lettres connu, adjoint au maire d'une localité située près de Pontoise, pra-

tiqué sur l'amie de celui-ci, M^{me} Georgie Th..., employée dans une maison de modes de la rue de Rivoli, une opération des plus délicates à tous les points de vue — médical et professionnel.

La malheureuse avait succombé dans d'atroces souffrances.

A la suite de l'instruction ouverte par M. Lemercier, les docteurs Boileux et La Jarrige comparurent devant le jury, le 22 mars 1897. Le premier fut défendu par M^{es} Le Barazer et Henri Robert; le second, par M^{es} Demange et Farine.

Les débats durèrent une semaine entière. Malgré les efforts de leurs avocats, les deux docteurs furent condamnés chacun à cinq ans de réclusion.

Depuis sa libération, le Dr Boileux s'était installé dans un appartement de la rue de Rivoli, où il avait ouvert un cabinet de consultation. Mais les clients étaient fort rares.

Le malheureux, qui, en prison, avait tenté à deux reprises de se donner la mort, ne tarda pas à être, de nouveau, hanté par des idées de suicide; pour l'empêcher de mettre son funeste projet à exécution on avait dû exercer sur lui une surveillance de tous les instants.

Ces jours-ci il fut pris, dans un débit de vin de la rue Geoffroy-Saint-Hilaire, d'un accès de folie furieuse, au cours duquel il brisa tout ce qui se trouvait à sa portée.

Maitrisé et transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt, on dut se convaincre que son état ne laissait que très peu d'espoir de guérison.

Aussi, sur la demande de sa famille, le malheureux médecin vient-il d'être interné dans une maison de santé. (Le *Matin*, numéro du lundi 31 août 1902.)

42. *Actes de violence.* — On lit dans le *Journal* (numéro du mardi 1^{er} avril 1902) :

En novembre dernier, un dimanche soir, un drame sanglant, ayant la jalouse pour mobile, mettait en émoi les habitants d'une immeuble de la rue Sainte-Cécile.

Un employé de banque, M. Max Lévy, venait de tirer sur sa femme plusieurs coups de revolver. Il s'était ensuite logé trois balles dans la tête.

Tous deux furent transportés à l'hôpital Lariboisière, où ils se rétablirent.

M^{me} Lévy se retira dans sa famille, rue Myrrha, et son époux comparut devant le jury. Il fut condamné à un an de prison avec bénéfice de la loi Bérenger. Rendu à la liberté, il se présenta à ses anciens patrons, qui refusèrent de le reprendre.

Il loua alors, dans un hôtel meublé de la rue Montmartre, une petite chambre au sixième étage. A partir de ce moment, il donna fréquemment des indices de dérangement cérébral.

A diverses reprises, même, en pleine rue, il se jeta à genoux en s'écriant :

— Mon Dieu!... pardonnez-moi... je suis un criminel. Rendez-moi ma pauvre femme...

Le malheureux, en effet, adorait sa femme et il fit de nombreuses démarches pour la décider à reprendre la vie commune. Mais M^{me} Max Lévy refusa.

Il y a quelques jours, il fut pris d'une terrible crise de folie furieuse, au cours de laquelle il mit en miettes le mobilier de sa chambre.

Sa famille, sur les conseils du Dr Seligmann, s'est alors décidée à le faire interner dans un asile d'aliénés.

43. *Un fou incendiaire.* — Les habitants d'une maison de la rue Gravel, à Levallois-Perret, étaient réveillés, au milieu de la nuit, par un épouvantable vacarme provenant du logis habité par un garçon de café, Charles Tollé, âgé de vingt-sept ans. Bientôt une acre fumée et une odeur de pétrole se répandaient dans toute la maison. La porte du logement de Tollé fut enfoncee : un étrange spectacle s'offrit aux yeux des voisins. Entièrement nu, un énorme marteau à la main, Tollé brisait tout autour de lui; les débris de vaisselle et de meubles jonchaient le sol. Le lit du forcené, arrosé de pétrole, flambait.

La vue des voisins ne fit qu'irriter davantage le malheureux aliéné, et il tenta de les frapper à l'aide de son marteau. On parvint cependant à le désarmer, et, enveloppé dans des couvertures, il fut transporté au commissariat de police. En même temps, on se rendait maître du commencement d'incendie qui s'était déclaré.

M. Dumas, commissaire de police, a fait conduire Charles Tollé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*L'Echo de Paris*, numéro du mercredi 9 avril 1902.)

44. *Un persécuté alcoolique.* — On lit dans *l'Echo de Paris* (numéro du mercredi 9 avril 1902) :

M. Collin, tenancier d'un bureau de placement réservé aux garçons boulangers et installé au n° 20 du passage Tivoli, en face de la sortie des grandes lignes de la gare Saint-Lazare, a pour employé un de ses cousins, qui porte le même nom que lui.

Ce dernier était occupé à écrire, dans une des pièces du bureau, hier soir, vers 9 h. 1/2, lorsqu'un homme entra brusquement et, sans prononcer une parole, tira sur l'employé un coup de revolver. M. Collin eut le temps de se baisser en voyant le geste de l'inconnu, et la balle l'atteignit à l'omoplate, pénétrant assez profondément dans les chairs. Malgré cette blessure, il voulut fuir et, appelant à l'aide, il se réfugia dans une autre pièce, poursuivi par le meurtrier, qui fit feu sur lui

une seconde fois. Le deuxième projectile alla se loger dans la porte, que le blessé avait précipitamment refermée derrière lui.

Un gardien de la paix, de service sur la place que forme l'intersection de la rue d'Amsterdam et du passage, accourait aux cris de la victime, quand il se croisa, dans l'escalier, avec le meurtrier, qui s'en allait, tenant encore son arme à la main. L'agent, aidé par des voisins, le désarma, malgré sa résistance, et le conduisit chez M. Cornette, commissaire de police.

Quand il fut un peu calmé, le meurtrier, qui semblait avoir agi sous l'influence d'une agitation alcoolique, déclara qu'il était ouvrier boulanger et se nommait Victor-François Lesmond, âgé de quarante-cinq ans, et habitant à Vincennes, 22, rue de Paris. Il ajouta :

« Depuis seize ans, je fréquentais l'agence de M. Collin. Au début, il me procura une ou deux bonnes places, mais ensuite, sa façon d'agir devint odieuse. Il envoyait chaque jour un employé chez mes patrons, sous prétexte de leur demander s'ils étaient satisfaits, mais, en réalité, pour exploiter, contre moi et mes camarades, le moindre signe de mécontentement et pour nous faire renvoyer, afin de gagner une nouvelle commission en nous procurant une autre place. J'en arrivai ainsi à ne pouvoir séjourner chez aucun patron, le chagrin me prit, je bus quelquefois, et, à la fin, aveuglé par la haine, je résolus de tuer l'auteur de mes maux. »

Lesmond a été envoyé au Dépôt.

45. *Un drame à l'hôpital Lariboisière.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 14 avril 1902) :

Un drame terrible s'est déroulé, la nuit dernière, à l'hôpital Lariboisière. Dans un accès de *delirium tremens*, un malade, un alcoolique, qui était en traitement salle Ambroise-Paré, lit 26, a poignardé un infirmier, M. Thiriot.

Atteint en pleine poitrine, le poumon perforé, le malheureux a été relevé mourant par ses camarades.

Voici dans quelles circonstances a eu lieu ce drame :

Vers 1 heure du matin, M. Thiriot voyait le malade se lever et faire quelques pas dans la salle. Puis, soudain, avant que l'infirmier, surpris, ait eu le temps de l'en empêcher, celui-ci, nommé Michel Grindolet, ouvrit la fenêtre et sauta dans le jardin.

Sans perdre de temps, M. Thiriot se porta à son secours. Le malade courait dans les allées, en poussant des cris qui n'avaient plus rien d'humain. L'infirmier le rejoignit, après une poursuite d'environ vingt minutes. Il lui parla doucement, faisant tout son possible pour le calmer.

Croyant y avoir réussi, il le prit par le bras et tous deux se dirigèrent vers la salle Ambroise-Paré.

Mais au moment où ils allaient y arriver, Michel Grindolet tira de sa chemise un long poignard, qu'il avait réussi à dissimuler, saisit l'infirmier à la gorge et le frappa furieusement à la poitrine.

Des collègues du blessé accoururent et ne parvinrent qu'avec les plus grandes difficultés à désarmer le forcené.

Dans la journée, le commissaire de police du quartier s'est rendu à l'hôpital Lariboisière, mais il n'a pu interroger Thiriot, en raison de son délire.

46. *Impulsions homicides d'un alcoolique.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du mardi 15 avril 1902) :

Les habitants d'une maison du quai de Seine étaient réveillés en sursaut, la nuit dernière, vers 3 heures, par des appels désespérés partant d'un logement du troisième étage, habité par la famille Le Goan.

Le mari, Hervé Le Goan, cordonnier, âgé de quarante-huit ans, avait saisi sa femme à la gorge et tentait de l'étrangler : la malheureuse femme avait perdu connaissance. La petite Le Goan, fillette de dix ans, assistait, folle de terreur, à cette épouvantable scène, et ses cris avaient mis en émoi toute la maison. La porte du logement, barricadée à l'intérieur, fut enfoncee. Le Goan, laissant sa femme étendue sans mouvement sur son lit, brisait tout autour de lui et jetait par la fenêtre meubles et vêtements. Soudain, il saisit son enfant par les cheveux, la traîna sur le parquet et voulut la précipiter dans la rue. L'intervention des voisins sauva la fillette d'une mort horrible. A grand'peine, ils se rendirent maîtres du forcené. Des agents le conduisirent, malgré sa résistance acharnée, au commissariat de police.

Hervé Le Goan, qui avait agi dans une crise de *delirium tremens*, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

47. *Capture d'un fou dangereux.* — Sous ce titre, on lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 16 avril 1902) le fait divers suivant :

Un gardien de la paix du seizième arrondissement, de service hier, avenue Malakoff, apercevait un individu qui gesticulait d'une façon bizarre. Il l'interpella en l'invitant à se tenir tranquille. Mais tout à coup, comme l'agent s'en retournait, l'individu sortant un couteau de sa poche se précipita sur lui, prêt à frapper.

Des passants arrêtèrent, non sans peine, le meurtrier, qui fut conduit au commissariat de la Porte-Dauphine. Là, on reconnut qu'il était complètement fou. C'est un nommé Louis L..., âgé de vingt-neuf ans, demeurant avenue Malakoff.

Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

48. *Une fortune qui flambe.* — Il y a quelques mois,

M. Jean Herry, âgé de vingt-quatre ans, demeurant à Saint-Mandé, fils de cultivateurs, héritait d'une somme de 100.000 francs que lui léguait un parent éloigné.

Surpris d'une telle fortune, M. Herry, qui était d'une nature impressionnable, eut la tête tournée et ses facultés mentales s'altérèrent. Il avait toujours peur qu'on lui volât son trésor, et il gardait sur lui, en titres au porteur et en billets de banque, la majeure partie de sa fortune.

La nuit dernière, il se rendit dans une maison que ses parents possèdent à Saint-Mandé. Là, il fit un tas de ses billets et de ses titres et y mit le feu.

Puis, s'asseyant en face de sa fortune qui flambait, il se tira une balle de revolver dans la tête. Il se blessa peu grièvement, put sortir au matin et tint aux voisins des propos si incohérents qu'on le conduisit au commissariat.

Le commissaire de police a fait examiner le malheureux et, suivant les conclusions des médecins, l'a fait interner.

75.000 francs de titres ont été brûlés entièrement; les numéros n'en étaient pas conservés. (Le *Temps*, numéro du vendredi 18 avril 1902.)

49. *Actes homicides.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du vendredi 18 avril 1902) :

Un individu parcourait hier la rue Saint-Sauveur, tenant un revolver dans chaque main. Des agents s'étant approchés de lui, il entra dans la maison portant le n° 41. Les gardiens de la paix apprirent alors que c'était un locataire de l'immeuble, plongeur dans un café du quartier. Ce malheureux, qui se nomme Léon Fleury et est âgé de vingt-sept ans, donnait depuis quelque temps des signes non équivoques d'aliénation mentale.

Le commissaire de police, M. Landel, fit enfonce la porte de la chambre dans laquelle le fou s'était enfermé. On fit irrup-tion dans la pièce en jetant des matelas sur l'infortuné, et l'on n'eut qu'à se louer de cette précaution, car Fleury tira plusieurs balles de revolver qui allèrent s'amortir dans ces boucliers improvisés. Mis dans l'impossibilité de nuire, il a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

50. *Suicide d'un brigadier de la garde républicaine.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 22 avril 1902) :

Un brigadier de la garde républicaine, M. Alexandre Pillet, donnait, depuis quelque temps, des signes de dérangement cérébral. Hier, le malheureux s'est enfermé dans une chambrière de la caserne Napoléon et s'est tiré dans la bouche une balle de fusil Lebel. Il s'est tué net.

51. *Suicide à la baïonnette.* — Un sous-chef de bureau de la préfecture de la Seine a cherché, hier, à se suicider d'une façon

vraiment inédite et originale. Il s'est jeté sur une sentinelle, de garde devant la porte principale du fort de Vincennes, dans l'espoir d'être frappé par elle. Comme le soldat n'en faisait rien, il saisit la baïonnette par l'extrémité et, s'en appuyant la pointe contre la poitrine, il lui cria : « Pousse, si tu n'es pas le dernier des lâches ! »

La sentinelle appela le poste.

On conduisit ce singulier désespéré au commissariat, où il déclara se nommer Pierre L... et être sous-chef de bureau à la préfecture de la Seine.

Voulant, à la suite de chagrins de famille, se suicider, il aurait, disait-il, été heureux de mourir de la main d'un soldat !...

Le commissaire l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Matin*, numéro du samedi 3 mai 1902.)

52. *Suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 6 mai 1902) :

« Un suicide qu'il faut attribuer à des désordres cérébraux s'est produit hier rue de la Folie-Méricourt. Une dame Albertine R... donnait depuis quelque temps, à la suite d'une fièvre typhoïde, des signes de troubles mentaux. La malheureuse s'est jetée hier du cinquième étage dans la cour de l'immeuble où elle habitait ; la mort a été instantanée.

« M^e A. R... était mariée depuis un an seulement à un sergent rengagé. »

53. *Fureur alcoolique homicide.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du mercredi 14 mai 1902) :

« Un ouvrier maçon, Alfred Tanguy, âgé de trente-deux ans, sortait récemment de l'hôpital Sainte-Anne, où il avait été en traitement comme alcoolique, et revenait habiter chez sa maîtresse, Eugénie Defait, blanchisseuse, âgée de trente-sept ans, 32, rue Croix-Nivert.

« Il déclara qu'il allait se mettre à chercher du travail ; mais, après quelques vaines tentatives pour s'en procurer, il recommença à s'attarder dans les débits de vin du quartier, s'enivrant presque chaque jour. Hier matin, vers dix heures, il se trouvait chez lui avec Eugénie Defait, quand il fut pris d'un accès de folie furieuse, que rien n'avait motivé. S'emparant d'une hachette, il se jeta sur la malheureuse femme et l'assomma littéralement, avant que les voisins, accourus au bruit de la lutte, soient parvenus à le maîtriser. On le ligotta, non sans peine, et M. Soullières, commissaire de police, le fit conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt, où il a été consigné à la disposition de la justice.

« Son infortunée victime a été transportée à l'hôpital Necker, dans un état qui ne laisse aucun espoir de la sauver. »

54. *Une folle incendiaire.* — M^{me} de S..., femme d'un fonctionnaire de la Préfecture de la Seine, habite un luxueux appartement du boulevard des Batignolles. Hier matin, vers onze heures, M^{me} de S... rentrait chez elle, retour d'une visite, quand, en pénétrant dans l'antichambre, une épaisse fumée et des cris terribles la glacèrent d'effroi.

Tout à coup la porte du salon s'ouvrit brusquement, laissant passage à la bonne de M^{me} de S..., qui se jeta sur sa maîtresse, cherchant à la renverser à terre.

La malheureuse fille, une nommée Rachel Fago, âgée de vingt-six ans, venait d'être prise d'une crise de folie furieuse. Après avoir brisé à coups de hachette tous les meubles du salon, et les avoir arrosés de pétrole, la pauvre folle avait lancé dans ce bûcher d'un nouveau genre une lampe allumée.

Aux cris de M^{me} de S..., le concierge de l'immeuble prévint des agents, qui éteignirent le commencement d'incendie.

La folle fut ensuite liée avec des draps et conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Les dégâts causés dans le salon de M^{me} de S... atteignent un chiffre de 8.000 francs. (*L'Echo de Paris*, numéro du mercredi 23 mai 1902.)

55. *Tué par un fou dans un train.* — Un crime a été commis dans le train express de Paris à Lille, parti hier soir de Paris, à 8 heures.

Plusieurs voyageurs avaient pris place dans un wagon de 2^e classe à couloir. Parmi ces voyageurs se trouvait un M. Fournier, avoué à Béthune, accompagné de sa femme, et un individu paraissant ne pas jouir de ses facultés intellectuelles.

Les deux hommes se trouvaient dans le couloir du wagon, lorsque, à un moment donné, aux environs d'Albert, M. Fournier voulut aller rejoindre des amis dans un compartiment. Le fou l'empêcha de passer. M. Fournier insista. Alors le fou sortit un revolver de sa poche et tira à bout portant sur son interlocuteur qui, atteint à la tête, tomba foudroyé.

Les autres voyageurs se précipitèrent et désarmèrent le meurtrier. (*Le Temps*, numéro du mardi 27 mai 1902).

56. *Suicide d'un hypocondriaque.* — On télégraphie de Genève au *Petit Parisien* (numéro du samedi 31 mai 1902) :

Une scène terrible vient de se dérouler à Cham, canton de Zug.

Un jeune homme de vingt ans, nommé D..., qui était atteint d'hypocondrie, profitant de l'absence de ses parents, s'est coupé le cou avec un rasoir dans l'après-midi d'hier.

Comme la mort ne venait pas assez vite à son gré, il s'empara d'une bouteille de pétrole, en vida le contenu sur lui et mit ensuite le feu à ses vêtements.

Le malheureux flambait lorsque ses parents survinrent. Tous leurs efforts pour le sauver furent inutiles, il expira sous leurs yeux, au milieu d'atroces souffrances.

57. *Délirant alcoolique homicide.* — On écrit de Toulouse au *Journal* (numéro du samedi 7 juin 1902) :

Un horrible drame vient de se produire à Pleaux (Cantal). Derrière l'hôtel de ville, habitaient les époux Sancoux, épiciers, mariés depuis deux ans. Dans les premiers temps de leur mariage, ils vivaient en bonne intelligence. Mais peu à peu le mari prit l'habitude de boire et devint un alcoolique dangereux.

De temps en temps, il faisait des escapades qui duraient deux ou trois jours. Il lui arrivait de donner des signes non équivoques d'aliénation mentale. C'est ainsi que parfois il se faisait des entailles au front avec un rasoir, et il était heureux de voir couler son sang, qui, disait-il, était trop épais. Parfois, il allait prier à l'église, et il fallait l'intervention de ses amis pour l'en arracher au bout de plusieurs heures.

Dimanche soir, Sancoux fit de copieuses libations. Rentré chez lui dans un état de surexcitation extrême, il demanda du vin à sa femme, qui refusa de lui en donner. L'ivrogne se coucha. Puis, l'alcool travailla son cerveau, il se leva, frappa sa femme avec le vase de nuit, acheva de l'assommer à coups de casserole et enfin il saisit une hache et en asséna huit coups sur la tête de sa victime, brisant le crâne et fracassant les mâchoires.

Un bébé de quinze mois, qui était couché dans son berceau, fut réveillé par l'affreuse scène, et se mit à pousser des cris aigus.

L'assassin se vêtit tranquillement, se rendit chez une voisine M^e Monsoncle, et lui dit : « Venez donc chez moi, je vous montrerai quelque chose. »

La voisine, intriguée, entra dans la maison de Sancoux, et, en présence de l'épouvantable spectacle, faillit s'évanouir de terreur. Elle eut pourtant la force de sortir et courut prévenir les voisins.

Dix minutes après, le meurtrier, arrêté par la gendarmerie, se roulait dans une couverture et s'endormait comme une brute.

Le parquet de Mauriac, prévenu télégraphiquement, se rendait sur les lieux dès 8 heures du matin pour procéder à son enquête.

L'assassin n'a manifesté ni émotion, ni repentir. Cet homme est certainement irresponsable. Il a été deux fois en traitement dans deux hospices d'aliénés.

L'horrible crime a soulevé dans la région une émotion considérable.

58. *Une folle.* — On a dû enfermer, hier matin, dans une maison de santé, une dame habitant le vallon des Fleurs, à Nice, qui, rendue folle par l'envoi de son fils aux compagnies de discipline, tirait des coups de fusil sur les officiers qui passaient dans le quartier. Aucun d'eux n'a été blessé. (*Le Temps*, numéro du lundi 9 juin 1902.)

59. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du jeudi 12 juin 1902) :

Un drame de la folie s'est déroulé, hier après-midi, boulevard de Reuilly.

Un vieillard, M. Auguste C..., âgé de soixante-dix-sept ans, ancien employé dans une administration de l'Etat, donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral. Sa fille, M^{me} B..., demeurant boulevard de Reuilly, avait dû récemment le prendre chez elle, afin de pouvoir le soigner.

Hier après-midi, vers 4 heures, le malade fut pris d'une crise de folie furieuse. M^{me} B... voulut le calmer, mais le fou, s'armant d'un couteau de cuisine, se précipita sur elle et le lui plongea dans le bras.

Bien que grièvement blessée, la pauvre femme put encore trouver assez d'énergie pour désarmer le fou et le remettre entre les mains des agents.

Conduit chez M. Brunet, commissaire de police du quartier Picpus, il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. Quant à M^{me} B... les médecins qui la soignent n'ont pu encore se prononcer sur la gravité de sa blessure.

60. *Un fou incendiaire.* — On lit dans le *Journal* (numéro du vendredi 13 juin 1902) :

Hier soir, vers 5 heures, les locataires de l'immeuble portant le n° 8 de la rue des Pruniers étaient effrayés par des cris inhumains provenant de la chambre occupée par un nommé Jean Cretnay, serrurier, âgé de trente ans.

On alla immédiatement prévenir les agents qui, accompagnés de M. Alliot, secrétaire du commissariat de police du Père-Lachaise, se rendirent au domicile du malheureux fou.

En vain essayèrent-ils de se faire ouvrir, ce que voyant ils enfoncèrent la porte.

Cretnay, les yeux hagards, était au milieu de la chambre ; il avait allumé un petit brasier qu'il alimentait avec les chaises brisées à coups de hachette.

On voulut s'emparer de lui ; mais il opposa une vive résistance et ce n'est que ligoté qu'on put le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Le feu, qui s'était communiqué au plancher, a été éteint par quelques locataires de la maison.

61. *Coups et blessures.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du mercredi 18 juin 1902) :

Un colporteur, Jules Lozes, âgé de quarante-trois ans, domeurant rue Chapon, se présentait hier-après midi au palais du Luxembourg et, s'adressant au concierge qui était dans sa loge, lui dit : « Tiens, je vous reconnaiss, vous êtes Fallières. C'est vous qui l'autre fois m'avez empêché de passer. Je vais vous faire votre affaire. »

Comme l'individu fouillait dans sa poche, le concierge crut qu'il cherchait une arme quelconque et se sauva chez lui en fermant sa porte ; mais Lozes enfonce la porte et se jetant sur le malheureux fonctionnaire le saisit à la gorge en essayant de l'étrangler. Une lutte terrible s'engagea entre les deux hommes.

Des passants, dont l'attention avait été attirée par le bris de la porte, étaient allés prévenir le poste d'infanterie de garde, dont quelques hommes accoururent aux appels désespérés du concierge, et parvinrent à s'emparer du forcené.

Le malheureux fou a été conduit chez M. Rageaud, commissaire de police, qui l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Les blessures reçues par le concierge sont heureusement sans gravité.

62. *Aliéné fraticide.* — On écrit de Lille au *Français* (numéro du samedi 21 juin 1902) :

Un nommé Désiré Boucherie, quarante-trois ans, a assassiné son frère, Ferdinand Boucherie, âgé de quarante-sept ans, cultivateur à Quesnal-sur-Deule. Le crime avait pour mobile des questions d'intérêt.

L'assassin, qui était un faible d'esprit, s'était déjà fait remarquer comme atteint de la folie de la persécution.

Le parquet de Lille a ouvert une enquête.

FAITS DIVERS

Académie des sciences morales et politiques. — L'Académie décerne le prix Carlier, de la valeur de 1.000 francs, destiné à récompenser le meilleur ouvrage « ayant en vue des moyens nouveaux à suggérer pour améliorer la condition morale et matérielle de la classe la plus nombreuse de la ville de Paris », au Dr Legrain, médecin à l'asile de Ville-Evrard, président de l'Union française anti-alcoolique, et à M^{me} Legrain, présidente de l'Union française des femmes pour la tempérance, pour leur ouvrage : « La réforme du cabaret et les restaurants de tempérance ».

Une séquestration. — On mande de Tarbes au *Temps* numéro du lundi 9 juin 1902) :

Le parquet de Bagnères-de-Bigorre vient de se transporter à Devèze, près Castelnau-Magnoac, où depuis dix ans une pauvre folle, Armandine Sabathie, âgée de quarante ans, vit dans son lit enchaînée.

Elle déclare avoir été ainsi torturée par sa sœur et son beau-frère. Une fois elle avait voulu vainement briser son attache, une grosse chaîne à bœufs solidement fixée à un poteau près du lit ; depuis elle souffrait sans se plaindre.

D'après l'examen médical, cette malheureuse séquestrée serait une hystérique inoffensive.

Deux assassins précoce. — On écrit de Dresde au *Petit Journal* (numéro du lundi 14 avril 1902) :

La police de Dresde poursuit depuis quelque temps une enquête sur ce fait que, dans l'espace d'un an, plusieurs enfants sont tombés dans l'Elbe et s'y sont noyés.

Elle a constaté que tous ces accidents sont dus à la malveillance et que le coupable est un enfant de neuf ans, fils d'un balayeur de rues, dans le faubourg de Pieschen.

Il y a trois jours encore, il a poussé l'enfant Pietsch de la berge dans l'Elbe.

Un garçon de huit ans et une petite fille ont été ses victimes il y a quinze jours.

Dans quatre autres cas, où des enfants avaient péri dans l'Elbe, on a établi la présence du précoce meurtrier.

Ainsi, ce garçon de neuf ans aurait commis sept assassinats.

— D'autre part, on lit dans le *Temps* (numéro du lundi 20 juin 1902) :

Plusieurs enfants jouaient près du bassin de Penhouët, à Saint-Nazaire. Le plus jeune, François Jarno, âgé de six ans, refusa à un moment donné d'obéir au plus âgé, Louis Mahé, âgé de onze ans.

Celui-ci, furieux, s'empara d'une corde dont il se servit pour attacher une grosse pierre à la jambe gauche de Jarno, qu'il lança dans le bassin.

L'enfant réussit à se cramponner à une échelle de fer scellée dans le mur du bassin. De là, il implorait Mahé et ses autres camarades de l'aider à remonter.

Mais Mahé descendit les premiers échelons et, à coups de talon sur les mains, réussit à faire lâcher prise au pauvre enfant, qui disparut, en présence des autres enfants terrifiés.

Le jeune criminel les menaça, s'ils parlaient, de leur faire subir le même sort.

Pourtant, l'un d'eux raconta la scène à ses parents, qui prévinrent la police. On fit des recherches dans le bassin et on retrouva le cadavre du petit Jarno.

Mahé fut arrêté. Avec un sang-froid qui dénote une perversité

sion effrayante, il nia le crime, malgré toute évidence, en présence du cadavre.

Ce jeune monstre a déjà comparu pour vol devant le tribunal correctionnel.

Suicide étrange. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 30 juin 1902) :

Notre correspondant d'Evreux nous signale le singulier mode de suicide adopté par une domestique de ferme, nommée Marie Morvan, âgée de trente-cinq ans. Cette fille, depuis seize ans au service de M. Poussin, cultivateur au hameau de Bouville, commune de Saint-Aquilin-du-Pas, pouvait être citée comme le modèle des servantes.

Elle avait perdu il y a environ un an une de ses sœurs mariée à un sieur Lebaille, journalier au Croisy. La défunte lui avait fait promettre à son lit de mort d'épouser son mari. Marie Morvan, en sa qualité de Bretonne, ne voulant pas manquer à son serment et n'ayant aucune vocation pour le mariage avec son beau-frère, a préféré mourir.

Pour cela, elle creusa sur la tombe de sa sœur une excavation de 50 centimètres de large sur 1^m,50 de long, à l'aide d'une bêche. Puis s'étant couchée dans la tombe ainsi creusée pour s'y ensevelir, elle amassa de la terre sur elle, ne laissant que la tête et les bras libres. C'est avec une corde qu'elle avait eu le soin de fixer au sommet de la pierre tombale qu'elle fit retomber sur elle la pierre qui la recouvrit entièrement. Elle fut asphyxiée par suite de privation d'air.

Cette mort a été constatée par une autre sœur de la suicidée, M^{me} Ledu, qui avait remarqué, en passant près du cimetière, un bout de robe sous le tombeau renversé de M^{me} Lebaille.

Superstition religieuse. — On télégraphie de Saint-Pétersbourg le fait suivant :

Dans un village de la région du Caucase, près de Tiflis, une jeune femme fut prise de délire pendant un accès de fièvre chaude. Ses parents et amis s'accordèrent à dire qu'elle était possédée du démon, et le « mollah » du village décida que le démon devait être chassé du corps de la malheureuse par la chaleur. En conséquence, on la maintint au-dessus d'un foyer ardent jusqu'à ce qu'elle perdit connaissance.

La victime poussait des cris effroyables, ce qui réjouissait fort ses bourreaux, persuadés que le démon était incommodé par la chaleur.

Quand cette affaire passa en cour d'assises, à Tiflis, le mollah déclara que cette manière de guérir les personnes possédées du démon était d'une pratique courante chez tous les Caucasiens, à quelque religion qu'ils appartinssent.

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 mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 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.*

ANNÉE 1904.

PRIX AUBANEL. — 1.200 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1902 pour les prix à décerner en 1903; pour ceux à décerner en 1904, le 31 décembre 1903, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©2011
ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Anvers, 1^{er}-7 septembre 1902.

Le choix de la ville d'Anvers fut une heureuse inspiration. Cette ville cosmopolite, où le Germain, le Gaulois et l'Anglo-Saxon se coudoient tous les jours, était désignée à plus d'un titre pour voir réunis tous ceux que la question si grave et si délicate de l'assistance des aliénés préoccupe au point de vue scientifique, humanitaire ou administratif.

Des deux cents adhésions, la moitié émanait de Belgique ; des pays étrangers, l'Allemagne, la Hollande, la France et l'Autriche-Hongrie étaient particulièrement représentées.

La soirée offerte aux congressistes par les Sociétés médicales d'Anvers, et surtout la réception organisée par l'Administration communale dans cet Hôtel de Ville aux évocations superbes du passé fixées par le pinceau du baron Leys, enfin la participation des pouvoirs officiels

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. XVI. Novembre 1902. 1. 23

témoignèrent dès l'abord de l'intérêt et de l'importance attribuées aux assises qui allaient s'ouvrir.

M. le Ministre de la justice, qui honore de sa présence la séance d'ouverture, expose en quelques mots le cycle des idées qui prévalurent durant ce siècle dans l'assistance des aliénés. Après lui, le médecin-directeur de la colonie de Gheel, le Dr Peeters, dans son allocution présidentielle, constate que les idées d'une large liberté en faveur de l'aliéné tendent aujourd'hui à prendre le dessus ; il exprime l'assurance de voir les travaux du Congrès tenir compte de cette évolution en affirmant particulièrement l'importance du régime de l'assistance familiale des aliénés.

Nous ne suivrons pas le Congrès dans la course souvent désordonnée de ses travaux et de ses discussions ; abandonnant l'ordre chronologique, nous nous efforcerons de les grouper par ordre de matières.

L'assistance familiale des aliénés en Allemagne a été exposée en détails par le Dr Alt (Uchtspringe, Saxe). Ce mode d'assistance a pris une grande extension dans ce pays. Tandis qu'en 1880 il n'était appliqué qu'en deux endroits (Brême et Hofheim), il s'est étendu aujourd'hui à la plus grande partie de l'Empire. Le système mixte est le seul appliqué : la colonie autour d'un asile. Les médecins allemands présents au Congrès ont unanimement ratifié les conclusions suivantes du distingué directeur de Uchtspringe :

“ 1^o Pour une partie assez considérable d'aliénés qui ont besoin d'assistance et qui peuvent être soumis à ce traitement, la colonie familiale représente la forme d'assistance la plus naturelle, la plus libre, la meilleure, la moins coûteuse, et constitue, en outre, pour un grand nombre de malades un facteur thérapeutique important ;

2^o L'assistance familiale peut être ajoutée à toute

institution, qui est dirigée par un psychiatre et installée suivant les exigences du temps, spécialement lorsque les infirmiers jouissent, pour eux-mêmes et pour leur famille, de conditions favorables d'habitation, ce qui est du reste indispensable pour obtenir de bons infirmiers ;

3° Mais dans la plupart des grands instituts, l'assistance familiale ne pourra prendre qu'une extension restreinte. La généralisation de cette assistance ne peut être obtenue que par la fondation, dans des contrées convenables, d'établissements centraux, reproduisant en petit les institutions spéciales connues et servant de points d'origine pour la fondation de colonies familiales ;

4° Les colonies familiales n'annihilent pas nécessairement les établissements existants et ne constituent nullement le séjour le plus convenable pour toutes les espèces d'aliénés, mais elles peuvent arrêter d'une façon pratique, active et peu coûteuse l'accroissement incessant de ces établissements. »

Un vœu dans ce sens a été ultérieurement adopté par le Congrès.

A la suite du rapport important du Dr Alt, mentionnons l'état de situation de la *colonie de Ilten* (directeur, Hesse), ainsi que de la *colonie de Ellen-Rockwinckel*, près de Brême (rapporteur, Dr Engelken). Cette dernière est l'une des plus anciennes de l'Allemagne ; sa création officielle remonte à 1878.

Un haut fonctionnaire de la *Basse-Autriche*, F. Gerenyi, a exposé quelle était l'assistance familiale des aliénés dans cette partie de l'Empire. Le nom du baron Mundy, de Moravie, se présente ici naturellement sous la plume. On sait les efforts que ce noble philanthrope a dépensés en faveur des idées qu'il avait défendues, dès 1854, dans sa thèse doctorale devant la Faculté de médecine de Wurzbourg : sur le traitement des aliénés dans les familles. Il appartenait à ses disciples de les voir se

réaliser. Mais que faibles sont encore les résultats ! Le rapport nous apprend qu'en dépendance de l'asile de Mauer-Oeling (près de Amstetten) on a créé récemment un village-colonie, imitation du type adopté à Uchtspringe, où des malades de choix sont confiés aux familles proches de l'asile. Une création analogue, en dépendance de l'asile de Ybbs, est en voie de réalisation.

Le professeur Soutzo (Bucharest) expose la situation lamentable de l'*assistance des aliénés en Roumanie*. Pour une population de 5 millions 1/2 d'habitants, la Roumanie ne possède que quatre asiles et une maison de santé spéciale, dont l'organisation est très défectueuse. La législation est satisfaisante ; mais elle n'est en vigueur que depuis 1894, et n'a pu, fâche de temps, donner les effets qu'on est en droit d'en attendre.

Si telle est la situation en Roumanie, on soupçonne aisément ce qu'elle sera en *Turquie* ; il était intéressant cependant de l'apprendre par le Dr Mongeri (Constantinople). Absence presque complète d'enseignement de la psychiatrie ; absence de législation sur les aliénés ; absence de réglementation pour les entrées et les sorties des asiles (les faits rapportés par le Dr Mongeri sont à à peine concevables) ; insuffisance d'asiles ! Seul de toute la Turquie, Constantinople possède des asiles, au nombre de cinq, et en plus une petite section dépendant de l'hôpital italien ; au total, deux mille aliénés s'y trouvent entassés. Que deviennent les autres aliénés répandus par tout l'Empire ? « Les agités et ceux qui en quelque manière peuvent nuire au public sont enfermés dans les prisons de l'Etat ; les autres sont abandonnés à eux-mêmes. » Le Dr Mongeri paraît espérer beaucoup de la bienveillance du Sultan. Les occasions n'ont cependant pas manqué au Sultan rouge de montrer son bon cœur...

Poursuivant notre tour d'Europe, voyons ce qui se

passe en *Italie* et en *Suisse*. L'Italie, suivant l'exemple de l'Allemagne, a appliqué le système mixte (asile-colonie) en divers endroits. Le professeur Tamburini, présent au Congrès, a exposé les résultats de son expérience personnelle et a déclaré être entièrement satisfait. De son côté, le professeur Bleuler (Berne) nous apprend que l'autorité cantonale de Berne a autorisé les asiles de Waldau et de Münsingen à tenter l'assistance familiale au prix de 1 franc à 1 fr. 50 par jour, suivant les cas et catégories de malades.

Nous voici en *France*, représentée au Congrès par les Dr^s Marie (Villejuif), Kéraval (Armentières), J. Voisin (Paris) et M. Leroux, directeur honoraire des affaires départementales à Paris. Leurs travaux intéressants et nombreux, leur parole si attrayante, ont droit à ce que nous nous y arrêtons plus particulièrement.

Depuis que la loi de 1838 a législativement « élevé l'aliéné à la dignité de malade », tous les asiles fermés ont cru devoir accorder à leurs pensionnaires une certaine somme de liberté ; de là l'origine des fermes-asiles.

Mais voici que la Belgique consacrait légalement (1851) l'existence d'une institution d'origine religieuse : la colonie de Gheel. Ce mode d'assistance, pris comme type, a donné à d'autres pays l'idée de l'appliquer en y introduisant telles modifications jugées opportunes et plus particulièrement conformes à l'esprit local : « *il faut individualiser l'espèce de colonie à installer* », dit parfaitement le Dr Kéraval (Armentières). L'asile fermé reste l'instrument de choix pour les cas aigus ; mais pour les chroniques inoffensifs le placement familial est excellent. Il existe en France une colonie pour femmes à Dun-sur-Auron (près de Bourges) ; une colonie pour hommes est en voie de réalisation à Aisnay-le-Château (département de l'Allier).

La colonie de Dun-sur-Auron, fondée il y a quelque

quinze ans par le Dr Marie, s'est notablement développée dans ces dernières années ; elle possède plusieurs annexes dans les villages environnans : Levet, Bussy, etc. Ce n'est pas sans quelque étonnement que le rapport du Dr Medici (Levet) nous apprend que certains nourriciers ont jusqu'à cinq et sept malades sous leur garde. N'est-ce pas trop ? La Commission d'inspection estime que non. Dans un autre ordre d'idées nous savons que les familles jouissent d'une réduction de prix de parcours lorsqu'elles se rendent à la colonie pour rendre visite à leurs proches. Presque tous les genres de vésanies fournissent des sujets aptes à l'assistance familiale ; « il faut individualiser ». Les mélancoliques « *a miseria* » sont en quelque sorte les sujets de choix ; les délirantes de persécution et les mégalomanes conviennent également, de même que les imbéciles, les débiles et les démences consécutives ; les démences organiques et les démences séniles sont beaucoup moins « recherchées » des nourriciers que les précédents.

Ce travail renferme plusieurs erreurs historiques, ainsi que certaines affirmations erronées concernant le Gheel moderne ; nous n'avons pu les passer sous silence.

L'Écosse, on le sait, a institué, depuis 1858, l'assistance familiale des aliénés, mais suivant un type bien particulier, se rapprochant en certains points du système belge. Sur un total de 13.580 aliénés en Écosse (1^{er} janvier 1902), 2.631 sont confiés à des particuliers. Les sujets épileptiques, les paralytiques, ceux qui exigent beaucoup de soins sont inaptes à bénéficier de ce mode d'assistance. La statistique des accidents peut — à part les suicides — parfaitement soutenir la comparaison avec celle qui concernerait une population égale saine d'esprit. En 38 années, 12.000 sujets ont bénéficié de ce régime ; il y ent quelques suicides et quelques morts accidentelles ainsi que des « accidents

sexuels ». La fréquence de ces accidents ne serait pas plus grande que dans les asiles fermés (Rapporteur, Dr Spence).

En Norvège, l'assistance des aliénés dans les colonies n'est pas régulièrement organisée, bien que les deux tiers, même les trois quarts des aliénés, vivent hors des asiles, dans leur famille ou confiés à des étrangers. Il ne s'agirait donc que de réglementer une situation existant en fait. La création de vastes asiles imités de l'Europe centrale ne nous paraît pas un avantage, quels que soient les regrets que paraisse éprouver à cet égard l'honorable rapporteur, le Dr Vogt (Christiania). La situation est analogue en Suède. Par contre, en Danemark, la plupart des aliénés sont soignés dans des asiles.

Il ressort du rapport du Dr Van Dale (Ermelo-Veldwijck, Hollande) qu'à l'exemple d'autres pays, la Hollande adopte le système de l'assistance familiale des aliénés. Ce n'est pas simplement un mode d'hospitalisation, a dit le Dr Van Deventer (Meerenberg), c'est un véritable moyen de traitement.

Pour terminer cet ordre de travaux, disons quelques mots de la colonie de Lierneux, la colonie wallonne de Belgique. Au cours de son rapport, le Dr Depéron, médecin-directeur, constate que les malades qui conviennent surtout au régime familial sont : les idiots et les imbéciles plus ou moins éduqués, les débiles avec ou sans délire, les déments, les hystériques, certaines catégories d'épileptiques et les alcoolisés. (Pour ce qui regarde ce dernier groupe de malades, il y aurait des objections à formuler ; il faudrait une solidarité parfaite d'action entre l'autorité locale et la direction de la colonie.) L'honorable médecin-directeur relève à bon droit les réglementations de caractère suranné qui ailleurs étouffent ou annihilent l'autorité du médecin vis-à-vis des malades et des nourriciers.

A ces travaux (1) se rattache la note du Dr Vos (Grave, Hollande) sur le choix d'un emplacement convenable pour l'organisation d'une colonie basée sur l'assistance familiale.

Après cet ensemble de témoignages, on ne sera pas peu surpris d'entendre affirmer, ainsi que l'a fait le Dr Swolfs (Bruxelles), « que l'assistance familiale des aliénés est un mode d'assistance qui perd de plus en plus de crédit auprès des philanthropes et des aliénistes au fur et à mesure que les asiles fermés se perfectionnent à tous les points de vue, et surtout depuis que les procédés de séquestration y sont mieux compris et plus généreusement appliqués ».

Cette transition nous amène à la note du Dr Marie (Villejuif) sur *l'organisation intérieure de quelques établissements centralisés*. Cette critique ne s'adresse pas seulement à la France, elle intéresse pour une bonne part la Belgique. Ce sont, d'une manière générale, les arguments suivants : encombrement de certains asiles et quartiers d'hospices par des chroniques ; le médecin, choisi par l'établissement, ne jouit pas d'une indépendance suffisante vis-à-vis de la direction ; l'emploi excessif des moyens de contrainte nécessités par des dispositions matérielles défectueuses et une insuffisance de personnel ; l'insouciance de certaines commissions administratives qui « n'ont qu'un médiocre souci de réaliser les améliorations matérielles les plus indispensables ». Le régime de certains quartiers d'hospices, dit le distingué médecin de Villejuif, en particulier ceux qu'il a visités dans l'Ouest, réalisent encore en France à l'heure actuelle une survivance des pires errements et un état

(1) Un rapport sur le développement des colonies aux *Etats-Unis* a été montré combien ce système a pris d'extension là-bas depuis une dizaine d'années.
P. M.

de choses intolérable. De son expérience personnelle, poursuit le Dr Marie, il ressort que près d'un tiers et certainement le quart en moyenne des effectifs tenus dans les asiles religieux de France serait susceptible d'être assisté en famille, ainsi qu'il a pu le faire sur d'importants groupes de malades prélevés dans les asiles privés de l'Ouest de la France. Fort du témoignage de plusieurs médecins aliénistes de Belgique, certaines observations, dit-il, sont applicables à ce dernier pays. Le Dr Marie reprend certaines critiques empruntées au rapport du Ministre lui-même (1895), telles par exemple, celles se rapportant au mode de nomination du médecin des asiles privés « une sorte d'entérinement de la part du Gouvernement »; etc.

Le Dr Claus, le distingué médecin de l'asile de Mortsel-Anvers (asile privé), se trouvait d'autant mieux indiqué pour répondre à ce réquisitoire qu'il avait lui-même déjà élevé la voix, et très haut, dans un sens conforme en bien des points aux critiques du Dr Marie. D'ailleurs, les asiles officiels sont loin d'échapper aux critiques que l'on adresse aux asiles privés.

Abordant un autre ordre d'idées : « je voudrais être convaincu, dit-il, — mais les rapports ne m'ont pas fourni les preuves, — de la supériorité des colonies type Gheel et Lierneux sur les asiles dits fermés ». L'honorable confrère se déclare adversaire du « système belge » ; d'ailleurs, poursuit-il, dans leur organisation même il y aurait également bien des choses à relever. Pour s'en tenir, par exemple, à la colonie de Gheel, ne sait-on pas que par suite de l'ingérence de l'administration locale dans les placements, les nourriciers et les malades échappent aisément à l'autorité du médecin (1), etc. ?

(1) Cette critique est très juste. Cette situation a été signalée

Poursuivant l'examen des critiques adressées aux asiles, le Dr Claus conclut très justement, et d'une manière très pratique : si l'on veut des réformes dans le sens de tous les desiderata exprimés, il faut relever le prix de la journée d'entretien.

La question de l'*encombrement des asiles et les moyens d'y remédier* a été traitée par le Dr Marie (Villejuif). Voici bientôt un siècle qu'Esquirol, dans un mémoire adressé au ministre de l'Intérieur, formulait les principes d'une assistance vraiment thérapeutique de la folie. Ce programme attend encore satisfaction en France et ailleurs. Pour y parvenir, le Dr Marie estime qu'il y a lieu de procéder à la sélection progressive des chroniques pour spécialiser certains services en quartiers de traitement. Il faudrait limiter à deux ans le temps moyen de séjour des malades dans les services de traitement, et évacuer à mesure les plus anciens dans des sections pour convalescents qui s'étendraient au dehors de l'asile sous forme d'assistance familiale ou dans des colonies familiales pour des convalescences longues. Grand nombre de chroniques et de séniles sont aptes à bénéficier de ce mode d'assistance.

Quant aux chroniques turbulents, inaptes à ce régime, les malpropres pourraient être distribués dans des pavillons au voisinage des grands asiles ; les autres, bons travailleurs, pourraient être occupés dans des cottages aménagés pour 100 à 200 malades, où ils s'adonneraient aux travaux de culture maraîchère ou à des industries faciles (cordonnierie, brosserie, sacs à papier, etc.).

Il faudra maintenir en dessous de 25 p. 100 du total budgétaire la proportion des frais généraux de personnel et d'administration.

par les divers directeurs qui se sont succédés et a été maintes fois jugée sévèrement par les médecins étrangers. P. M.

A ces critiques, les médecins des asiles sont en droit de répondre — et ils n'y ont pas manqué — que les asiles ne renferment pas un seul aliéné en plus du chiffre autorisé. Si les lois et règlements sont défectueux, qu'on les modifie ! Bref, de toutes ces discussions, parfois très... nerveuses, il ressort qu'en France, aussi bien qu'en Belgique, *des réformes sont indispensables*, dont certaines sont urgentes.

C'est la thèse aussi qui a été développée par le Dr Crocq (Bruxelles). Son programme n'est pas des moindres à réaliser. Aussi, très sagement, le divise-t-il en desiderata à réaliser dans l'avenir et en desiderata immédiatement réalisables. Les premiers comprennent : administration des asiles pour indigents par l'autorité publique ; fusion du service administratif et médical dans les mains d'un seul, etc.

Le second ordre de desiderata comprend : l'obligation du cours de psychiatrie pour tous les étudiants en médecine ; création d'un diplôme spécial de médecine mentale ; obligation, pour être nommé médecin en chef, d'avoir fait un stage de plusieurs années comme adjoint ; la loi devrait adopter un maximum de 100 malades pour un seul médecin ; pour les grands asiles, un médecin au moins devrait résider à l'asile ; interdiction de la clientèle courante, etc.

Il serait superflu de rapporter en détail, l'ardente discussion qui suivit cette *critique générale du régime des asiles en Belgique*. Si l'attaque fut ferme, les ripostes furent vives, et le Dr Cuylits (Evere-Bruxelles) y mit sa vigueur et son talent coutumiers.

Le Dr van Deventer (Meerenberg) approuve un grand nombre des critiques exprimées par le Dr Crocq. La séparation des services administratifs et médicaux ne peut se faire qu'au détriment des malades. En Hollande, où le principe de la nécessité de l'union des fonctions est

généralement admis, le rôle du médecin-directeur est plus important que jamais depuis l'introduction de l'enseignement professionnel des infirmiers, depuis la tendance à multiplier les quartiers aux portes ouvertes et des colonies familiales.

Bien entendu, le médecin-directeur ne peut se laisser absorber par le service administratif. Non seulement il doit traiter un certain nombre de malades, mais encore il doit s'occuper de travaux scientifiques dans les laboratoires, etc.

L'orateur est d'avis que tout établissement d'aliénés devrait s'attacher un médecin spécialement chargé des recherches anatomo-pathologiques, des examens psychophysiques, etc. Afin de faciliter le goût pour les études psychiatriques, M. van Deventer est d'avis que les asiles devraient s'attacher des médecins volontaires, avec le titre d'assistants, s'engageant pour un terme minimum de six mois et se soumettant au règlement de la maison (1).

La fusion des pouvoirs, défendue par le Dr Alt et par le professeur Tamburini, fut au contraire combattue par le Dr Claus et le professeur Soutzo : le médecin chargé d'une besogne administrative tend trop facilement à perdre son caractère d'homme de science.

Poursuivant les questions d'organisation, je rencontre le travail du Dr Sano (Anvers), secrétaire général de ce Congrès, à l'activité duquel il a été rendu un hommage bien mérité. Pour les localités de quelque importance, la nécessité d'un *asile urbain* (asile provisoire, asile-dépôt) s'impose ; les malades y seraient conduits et soignés dès les premières manifestations de la maladie, et, suivant les cas, on les dirigerait vers les asiles ou vers

(1) Ces observations s'adressent surtout à la Hollande et à la Belgique.
P. M.

les colonies. On le voit, la tendance à la décentralisation domine ; l'asile doit être moins un mode d'hospitalisation qu'un lieu de traitement.

Dans le même ordre d'idées, le Dr Olah (Budapest) estime que les asiles doivent se rapprocher de la vie publique et prendre le caractère d'organes sociaux de prophylaxie. Il faut faciliter l'entrée précoce des cas aigus dans des établissements qui n'ont même pas le nom d'asiles. L'exemple de l'Allemagne, où les *Freiestellen* rendent des services signalés, mérite d'être pris en considération.

Le professeur Pick (Prague) traite de l'*obligation de signaler les aliénés traités en dehors des asiles*. C'est une garantie pour l'aliéné qui bénéficiera de la protection de la loi. Cette question est d'une réelle importance pour les maisons dites de santé, les établissements destinés aux épileptiques, les établissements hydrothérapiques et autres créations qui reçoivent des aliénés ou des idiots.

La question de la *séquestration à domicile* a fait l'objet d'un rapport du Dr Lhoëst (Liège). A son avis, les idiots non éducables et les déments sont aptes à bénéficier de ce mode d'assistance ; les folies actives, par contre, doivent être réservées à l'asile ou à la colonie. Les dispositions en vigueur en vue d'assurer au malade des soins convenables sont insuffisantes. Tel est aussi pleinement notre avis : l'assistance pécuniaire accordée à la famille sert bien plus à combler le déficit des finances du ménage qu'à pourvoir à l'entretien de l'aliéné. Ces considérations justifient parfaitement l'appréciation du Dr Clemens Neisser (Leubus, Silésie) : La séquestration à domicile, dit-il, ne doit pas être considérée comme un mode d'assistance, mais bien comme un pis-aller ; d'autant plus, ajoutait parfaitement le Dr Buffet (Ettelbrück), que l'entourage du

malade est psychiquement mauvais, ce sont des familles tarées.

Abandonnant le terrain brûlant sur lequel il s'était engagé, et qui était de nature à mettre trop ouvertement en opposition les idées et les intérêts, le Congrès s'est occupé de l'*éducation des enfants arriérés et des anormaux*. Le Dr Ley (Anvers) a exposé quel était, à son avis, le meilleur mode d'assistance des enfants idiots et imbéciles susceptibles d'éducation : il faut la fusion de l'école et de la colonie. Au milieu d'une colonie devrait exister un asile-école bien organisé. Les enfants, placés chez les nourriciers, s'y rendraient pendant quelques heures chaque jour. L'immense avantage de ce système est de maintenir les enfants dans ce puissant milieu éducatif qu'est la famille, avec la constante multiplicité d'expériences et de réactions psychiques. Une école de ce genre serait parfaitement à sa place à la colonie de Gheel, par exemple. C'est la thèse développée également dans le rapport du Dr Manheimer-Gomès. Ces idées ont été défendues par les Drs P. Masoin et Meeus (Gheel).

Le Dr Decroly (Bruxelles) développe l'importante question de l'*enfance anormale*. Sur 10.000 anormaux, il y en a en Belgique peut-être tout au plus 1.500 qui profitent des bienfaits d'une éducation appropriée. Que faut-il faire ? Le Dr Decroly répond en énumérant les points suivants :

1^o Les arriérés, les épileptiques légers ne peuvent plus être simplement éliminés par le placement dans un asile. Il faut, pour eux, créer des écoles à l'instar de celles fondées à Bruxelles et à Anvers, les convulsifs devant être séparés des autres anormaux ;

2^o A ces écoles doivent être annexés des demi-internats ou des internats, autant que possible extra-urbains, afin qu'en cas d'indication, les enfants puissent

être enlevés du milieu où ils vivent et soumis à l'influence permanente de l'école.

Pour des raisons éducatives de premier ordre, ces internats doivent adopter la forme familiale lorsqu'il s'agit de jeunes enfants ;

3° Pour les vicieux, indisciplinés, etc., il y a lieu de créer des institutions ou de modifier celles existantes dans le sens adopté par le gouvernement anglais : *Industrial School, Truant School, Training Ship* ;

4° Afin que les membres du personnel destiné à ces établissements soient à la hauteur de leur tâche, il est urgent de créer dans les écoles normales des cours spéciaux qui les y préparent ;

5° Les écoles spéciales devront, comme toutes celles que l'Etat soutient, être soumises à une inspection régulière ;

6° Il est hautement souhaitable que les pédagogues s'associent aux médecins dans l'œuvre de relèvement des anormaux ;

7° A l'exemple des diverses nations européennes, une statistique exacte des anormaux en âge d'école devrait être établie chaque année, afin de fixer le nombre de ceux qu'il importe de secourir ;

8° Former des œuvres de patronage qui auront pour but de soutenir les jeunes gens sortis de ces écoles et jugés capables de tenir une place dans la vie publique.

C'est une question de prophylaxie sociale ; l'Etat a pour devoir d'intervenir.

A l'occasion de ce débat, a été soulevé le point de savoir quelle influence pouvaient exercer les aliénés en colonie sur les individus et les enfants normaux qui les entourent. A cette question, posée par le Dr Schnyten (Anvers), il a été répondu par les Drs Peeters et Meeus (Gheel) que les statistiques prouveront que cette in-

fluence est nulle (1). La question sera systématiquement poursuivie.

Une question d'importance capitale dans l'organisation des asiles et des colonies est celle de l'*instruction spéciale des gardes-malades*. Soigner des malades est un art ; il réclame autre chose que du dévoûment. Assurément, cette qualité doit être le fondement de l'éducation de l'infirmier, surtout lorsqu'il s'agit de soigner les aliénés ; mais elle n'exclut pas une instruction adaptée aux services spéciaux que le médecin est en droit d'attendre de son personnel. Les Hollandais l'ont bien compris et ils ont droit d'être fiers de leur œuvre. Le Dr Van Deventer (Meerenberg), ce médecin-administrateur de si grand mérite, a présenté un rapport sur l'instruction professionnelle des infirmiers d'asiles et des gardes-malades en Hollande. Il n'est pas possible d'exposer ici les détails de cette organisation qui embrasse à divers degrés tous les asiles et les hôpitaux de Hollande. On est heureux de constater que, dans ce pays, les congrégations religieuses catholiques-romaines qui desservent encore quelques asiles aient abandonné l'indifférence qu'elles montraient au début à l'égard d'une réforme qui ne peut que les éléver dans la considération à laquelle elles ont droit. Des exemples tirés du questionnaire montrent que les exigences de la Commission de psychiatrie ne dépassent pas, dans l'ensemble, ce qu'un médecin, « le chef responsable de la maison » (Guislain), est en droit d'exiger de ceux qui prétendent à l'assistance des malades.

(1) Un travail statistique de ce genre a été fait en 1878, pour la commune de Gheel, comparativement à une autre commune du pays ; le nombre d'aliénés colloqués était identique dans les deux cas : 17 pour une population respectivement de 10.000 habitants (Gheel) et de 6.000 pour la commune choisie d'autre part. (Actes du Congrès d'Anvers, 1885, p. 56.)

P. M.

Nous voyons également par ce rapport que depuis 1897 un institut a été fondé à Amsterdam, spécialement affecté à l'instruction professionnelle des gardiennes d'asiles. Divers établissements et associations de caractère confessionnel ont suivi l'exemple des asiles de l'Etat. Enfin, l'association *Het witte kruis* (la Croix blanche) a dirigé son activité vers l'assistance des malades (non aliénés). Il est légitime de nommer ici M^{me} van Deventer, qui aux côtés de son mari s'occupe activement de toutes les questions d'assistance. A bon droit, le Congrès a applaudi l'œuvre de philanthropie qu'elle poursuit depuis si longtemps.

La première condition imposée par les Commissions administratives dans la nomination des médecins en Hollande est que ces derniers mettront tout en œuvre pour améliorer sans cesse leur personnel : M. et M^{me} van Deventer y ont personnellement deux fois satisfait.

Assurément, la Hollande ne possède pas la priorité de cette réforme ; mais je pense que tout au moins elle se trouve à la tête des nations pour ce qui concerne l'organisation de ce service et son extension à toutes les catégories de gardes-malades.

Si nous comparons à cet égard la Belgique aux pays avoisinants, nous devons confesser notre infériorité. Au grand hôpital du Stuyvenberg (Anvers), le Dr Sano s'est appliqué à améliorer la situation. Il convient d'ajouter que, répondant à certaines critiques qui s'étaient fait jour à l'égard du personnel des asiles privés, le Dr Claus a répondu que le personnel religieux desservant ces asiles reçoit une instruction surtout pratique, qui lui permet de satisfaire largement aux services que le médecin est en droit d'exiger de ces auxiliaires.

L'*enseignement professionnel des nourriciers dans les colonies* est chose particulièrement délicate à diriger. Le Dr Meeus (Gheel) s'est activement consacré à cet

objet ; son rapport, où les idées personnelles sur l'assistance familiale ne font pas défaut, est en même temps une œuvre de cœur, expression d'une philanthropie éclairée.

L'assistance des épileptiques a fait l'objet de deux travaux : l'un dû au Dr Claus, l'autre émanant de l'auteur de la présente chronique. Ils reflètent des tendances différentes en rapport avec la situation spéciale de chacun des auteurs.

La population de la colonie de Gheel comprend en moyenne 9 à 10 p. 100 d'épileptiques, parmi lesquels les idiots épileptiques forment la grande majorité. Les épileptiques dont les accès sont l'occasion d'un état de délire ou de violences, les sujets impulsifs ne peuvent à aucun titre être placés dans des colonies type Gheel. Par contre, une foule de malades à accès relativement rares, sujets plus ou moins déments, qui sont en même temps des travailleurs passables conviennent à des colonies de ce genre ; une longue expérience le démontre. Le sujet doit évidemment passer préalablement un temps suffisant dans un asile fermé avant d'être confié à une famille. D'autre part, celle-ci doit être judicieusement choisie. Jamais le placement d'un malade dans une famille ne pourrait se faire en dehors de l'intervention du médecin ; et c'est malheureusement encore le cas à Gheel.

Cette situation a fait l'objet de maintes critiques, et à bon droit.

De l'avis de notre confrère et ami le Dr Claus, les épileptiques aliénés doivent être placés dans les asiles ; pour les épileptiques non aliénés, une colonie du type Béthel-Bielefeld répond le mieux à leurs besoins. Les écoles ou établissements spéciaux pour enfants épileptiques ne peuvent, à son avis, être annexés à une colonie d'aliénés. Enfin, le régime familial, type Gheel, ne lui

semble convenir à aucune catégorie d'épileptiques.

Ainsi que dans d'autres pays, la *tuberculose* est à l'ordre du jour en Belgique. Une communication s'y rapportant a été présentée par le Dr^r Peeters. La tuberculose exerce de grands ravages dans les asiles de tous pays, écrit le médecin-directeur de Gheel. La première des mesures destinées à sauvegarder la santé publique est l'isolement des individus suspects ou atteints ; l'assistance familiale, à ce point de vue, peut rendre des services. Cette thèse a soulevé des objections, notamment de la part de la Ligue belge contre la tuberculose, représentée par le Dr^r Terwagne, député d'Anvers. Les Dr^s Marie, Tamburini, van Deventer et Claus estiment dangereux d'accorder une pareille confiance aux familles, et préconisent plutôt la création de pavillons spécialement affectés aux tuberculeux.

L'utilité des interventions chirurgicales dans le traitement des affections mentales a été longuement — trop longuement même — exposée par le Dr^r Picqué, chirurgien des asiles à Paris. S'attachant trop à son point de vue personnel, l'auteur a négligé malheureusement les considérations plus immédiatement en rapport avec le caractère de son auditoire composé de médecins aliénistes et d'administrateurs.

Un Congrès essentiellement utilitaire n'engageait évidemment pas à des communications d'ordre scientifique. Cette partie, néanmoins, n'a pas fait défaut d'une manière absolue ; le Dr^r Havet (Gheel) a montré les multiples services qu'un laboratoire annexé à un grand établissement d'aliénés et plus encore dans une colonie pent rendre à l'hygiène (analyse des eaux, du lait, etc.), au diagnostic précoce des maladies incidentes, etc., sans compter qu'il doit être un centre de recherches de psychopathologie et surtout de travaux anatomiques plus spécialement en rapport avec les sciences mentales. Le

laboratoire de Gheel, actuellement encore unique en Belgique, répond en partie à ce programme.

Pour terminer, signalons le travail du Dr Marie (Villejuif) sur le *patronage des aliénés convalescents*. Un examen de la situation dans les principaux pays de l'Europe montre que, si partout des bonnes volontés se sont fait jour, il s'en faut de beaucoup qu'on puisse parler de véritable assistance. Des considérations d'ordre local sont les principaux éléments des succès, comme aussi elles sont la cause des revers, et ceux-ci sont les plus nombreux.

Tout enseignement pour être utile doit joindre la démonstration au précepte ; le Comité d'organisation s'en est heureusement souvenu. Les intéressantes dissertations en faveur ou contre un régime dans telle ou telle de ses applications furent agrémentées de visites d'asiles ainsi que d'excursions aux colonies de Gheel et de Lierneux : cantate, banquet, toasts, rien ne manqua. Nous espérons bien que les aliénistes de langue française qui se réuniront en congrès l'an prochain à Bruxelles, réservent, eux aussi, un jour en vue d'une excursion à Gheel ; ils pourront se convaincre personnellement des conditions favorables de vie et de séjour de l'ensemble des aliénés ici placés ; ils pourront, à leur tour, juger des progrès effectués ici depuis l'époque lointaine — voici quarante ans passés — où la Société médico-psychologique de Paris jugeait « la question de Gheel » assez importante pour en faire l'objet d'une enquête. Chose étrange, cependant, faut-il l'ajouter ? le fameux rapport publié en 1862 par J. Falret, de regrettée mémoire, trouve parfois encore facilement crédit aujourd'hui, même en Belgique, comme si depuis lors tout n'avait pas changé !

Se conformant aux usages, le Congrès exprima les

conclusions de ses travaux sous forme de vœux. Voici l'un des premiers :

« Le Congrès émet le vœu que l'assistance familiale soit appliquée sous toutes ses formes dans la plus large mesure ». Cette formule étendue pouvait aisément rallier les adversaires de la veille, et le professeur Tamburini peut se féliciter de son succès.

Mais quels seront les résultats utiles des discussions parfois très vives auxquelles nous avons assisté ? Il est incontestable qu'au delà des frontières et par delà les mers l'assistance familiale des aliénés a pris une grande extension ; il serait puéril de vouloir le nier. Pourrait-on en dire autant en ce qui concerne notre propre pays ? On pourrait en douter. Ce n'est point à dire cependant qu'en Belgique ce système soit près de déchoir. Il s'étendra, je pense, mais sous une forme plus neuve : la colonie autour de l'asile. La colonie de Gheel verra-t-elle ainsi s'élever des organismes plus jeunes qui, à défaut d'histoire, seront libres de l'esprit de tradition avec ses inconvénients ? On ne peut qu'applaudir à la mise en œuvre des généreux sentiments de philanthropie qui se sont exprimés à la dernière séance du Congrès. Il ne peut être dit cependant que la terre qui, voici treize siècles, fut le berceau de l'assistance familiale des aliénés, soit appelée à la voir décliner : « Gheel est le point de cristallisation de l'assistance familiale », s'est écrié le Dr Alt ; « on y trouve réalisé dans sa forme idéale ce que peut être l'assistance des aliénés dans les familles » (Tamburini). De telles paroles tombant de si haut forment de précieux encouragements et garantissent l'avenir.

D^r PAUL MASOIN,
médecin à la Colonie de Gheel.

Pathologie

LES

HALLUCINATIONS UNILATÉRALES

Par le Dr J. SÉGLAS

Médecin de l'hospice de Bicêtre

Suite et fin (1).

B. — *Hallucinations unilatérales auditives.*

Comme pour les hallucinations visuelles, il importe de préciser d'abord le plus exactement possible, dans chaque cas particulier, la nature exacte du symptôme accusé par le malade.

Cette nécessité résulte surtout de la concomitance fréquente de lésions ou troubles fonctionnels dans l'organe périphérique.

Ils peuvent, en effet, donner lieu à des bruits subjectifs très variés ; et, plus encore que pour les hallucinations visuelles, on est toujours en droit en pareil cas de se demander s'il y a vraiment des hallucinations.

Lorsqu'on se reporte à la description des spécialistes, on est frappé de la variété, de l'intensité, de la précision de ces bourdonnements, en même temps que de la similitude qu'ils offrent avec certains faits qualifiés hallucinations.

(1) Voir les *Annales* de mai-juin et septembre-octobre 1902.

Aussi est-on en droit de penser qu'il s'agit souvent de bruits entotiques extériorisés par le malade, ainsi que cela arrive fréquemment, même à l'état normal (Urbantschich), ou bien simplement interprétés par lui sans hallucinations véritables.

C'est là une opinion soutenue à juste titre par M. Vallon.

S'ensuit-il qu'il faille généraliser et rejeter l'existence possible de véritables hallucinations unilatérales de l'ouïe, différencier, donnant la perception de bruits rapportés à un objet déterminé?

Bien qu'elle soit moins évidente que celle des hallucinations verbales de même nature, nous admettrons néanmoins cette existence.

La seule explication qui en ait été donnée est exactement la même que celle invoquée pour les hallucinations de la vue.

Excitation du centre auditif cortical d'un seul hémisphère, directe ou indirecte, par l'intermédiaire de la lésion de la moitié correspondante de l'appareil périphérique.

Nous ne répéterons pas à ce propos les critiques générales du début de ce travail sur les arguments cliniques et anatomiques de cette théorie.

Sans doute, on admet que l'excitation du nerf auditif à la périphérie (galvanisation) peut provoquer des hallucinations auditives. Mais, les sifflements, bourdonnements, bruits musicaux qu'on obtient par l'expérience de Brenner, qui se présentent en fait comme des réactions normales sous l'influence d'un stimulus abnormal et qui ne dépassent pas le degré d'images simples, rudimentaires, peuvent-ils être considérés comme de véritables hallucinations?

Alors même qu'il en serait ainsi, il importe de remarquer que ces hallucinations rudimentaires peuvent se

manifester tantôt du même côté que celui sur lequel porte l'excitation périphérique, tantôt du côté opposé, ou des deux côtés à la fois.

Il est encore un détail des plus importants, et dont cependant les partisans de la théorie anatomique n'ont jamais tenu compte, c'est la nature même de la perception auditive hallucinatoire.

En effet, elle n'a pas toujours trait à des bruits plus ou moins nettement différenciés.

Mais *le plus fréquemment elle revêt la forme verbale*; et ce sont même ces hallucinations unilatérales auditives verbales qui sont les plus fréquentes et les moins discutables. De telles hallucinations, de même que la perception auditive verbale, supposent non seulement l'excitation du centre auditif commun, mais celle du centre auditif verbal, puisque les mots entendus ne sont pas perçus seulement en tant que bruits, mais comme signes de l'idée correspondante.

Or, la fonction du langage est unilatérale et se trouve dévolue à l'hémisphère gauche.

Comment concilier l'unilatéralité d'une hallucination verbale avec son origine dans un centre indifférent à la provenance des sons (1)?

Le processus hallucinatoire dans une hallucination verbale auditive, qu'elle soit unilatérale ou bilatérale, mettant en jeu le même centre cortical, que devient la théorie des auteurs invoquant le fonctionnement unilatéral d'un hémisphère pour expliquer les hallucinations verbales unilatérales, et les rapportant même tantôt à l'un et tantôt à l'autre hémisphère suivant qu'elles sont localisées à droite ou à gauche.

Car il résulte des observations que les hallucinations

(1) Cet argument sur lequel nous avons déjà insisté au Congrès de Nancy, se retrouve dans un travail récent du Professeur Tanzi

verbales unilatérales peuvent aussi bien être entendues d'un côté que de l'autre, qu'elles sont plus fréquentes à gauche. On les a notées même à gauche dans certain cas de lésions indéniables de l'hémisphère droit (cas de Toulouse), invoquées comme cause dernière pour en expliquer à la fois la production et la localisation, par l'excitation du centre auditif de cet hémisphère.

D'ailleurs, si l'excitation d'un centre sensoriel est une condition nécessaire de l'hallucination, nous avons vu qu'elle ne suffit pas à expliquer les moindres détails du processus cortical qui constitue l'hallucination différenciée. Dans les hallucinations, aussi complexes que les auditives, il entre en jeu d'autres facteurs multiples. Ce sont, entre toutes, celles dans lesquelles l'élément intellectuel joue le rôle le plus développé.

Outre les facteurs psychiques et sensoriels, on peut admettre encore pour elles l'intervention d'autres facteurs qui concourent d'ordinaire à la localisation du son dans l'espace.

En effet, au lieu d'être un sens de l'espace à la manière du tact et de la vue, l'ouïe ne nous donne que des relations de temps, et les vagues indications que ce sens fournit touchant la direction du son, sont peut-être moins l'ouvrage du limaçon que de la collaboration du nerf vestibulaire et de son appareil terminal dans les canaux semi-circulaires (Ramon y Cajal). Pour Preyer et Lugaro, ils constituerait un appareil acoustique capable de provoquer, par voie réflexe, les mouvements des yeux, de la tête et du tronc en rapport avec la direction du son. Ces mouvements, perçus par le sensorium, produiraient *indirectement* la représentation de la source du son.

où il exprime incidemment sur les hallucinations unilatérales de l'ouïe, les mêmes idées que nous avions indiquées dans notre rapport. (*Riv. di. pat. nerv. e. ment.*, décembre, 1901.)

M. P. Bonnier exprime aussi des idées qui nous paraissent assez semblables.

Pour lui, l'orientation du champ auditif résulte de la combinaison des images sonores avec des images d'attitude de la tête, attitude qui nous est révélée par l'orientation subjective directe, c'est-à-dire par l'appareil ampullaire, et de plus par le sens articulaire, aidé de perceptions tactiles internes et tégumentaires et aussi par le contrôle de la vue.

L'orientation du champ auditif se trouve donc intéresser, non seulement les centres corticaux auditifs, mais aussi celui des fibres vestibulaires, c'est-à-dire la pariétale ascendante.

Si l'on cherche à subordonner la localisation unilatérale d'une hallucination auditive à de simples considérations anatomiques, ne pourrait-on la placer sous la dépendance de ce centre avec tout autant de logique que sous celle du centre sensoriel auditif?

Cette idée se trouve d'ailleurs en rapport avec l'interprétation proposée par Tamburini, pour expliquer la projection au dehors de l'image hallucinatoire d'origine centrale, même en cas d'intégrité de l'appareil périphérique. Elle repose sur l'opinion qui regarde les centres corticaux moteurs ou des sens spéciaux, comme des centres sensoriaux moteurs des diverses parties du corps avec lesquels ils sont en relation fonctionnelle, chaque centre cortical étant à la fois le centre de perception des impressions générales ou spécifiques de la partie du corps correspondante, et le point de départ de l'impulsion pour le mouvement propre de cette même partie.

L'auteur envisage surtout les hallucinations visuelles ; mais son interprétation pourrait s'appliquer aussi bien aux hallucinations auditives, si l'on admet que les sensations musculaires jouent le principal rôle dans l'extériorité des sensations (Beannis), et que, pour l'ouïe en

particulier, la localisation du son provient surtout du mouvement de la tête que l'on fait ou que l'on a une tendance à faire vers la source sonore (Beannis, Münsterberg...).

Que l'attitude de la tête puisse intervenir pour une part dans la production de l'hallucination unilatérale, cela est fort possible et paraît même vraisemblable dans certains cas. Mais il ne faudrait pas pour cela se croire autorisé à rapporter le processus cérébral d'une hallucination de ce genre à une simple excitation locale des centres moteurs qui président aux mouvements nécessaires pour produire cette attitude.

Car cette attitude elle-même n'est souvent que la résultante d'autres facteurs parmi lesquels figurent en première ligne les facteurs psychiques, et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir tout à l'heure.

L'étude psycho-expérimentale de la sensation acoustique, c'est-à-dire l'analyse des états de conscience qui sont provoqués par elle ou qui la modifient et réagissent sur sa perception, nous a fait connaître combien de sensations, de mouvements, d'associations complexes sensorielles et psychiques se groupent autour du phénomène simple de l'audition.

Cette notion a encore plus d'importance lorsque, au lieu d'une perception extérieure, il s'agit d'une perception subjective, hallucinatoire. La réaction psychique individuelle, l'action de l'éducation du sens, de l'attention, de l'excitation imprévue ou attendue, de la fatigue, des aptitudes personnelles sont alors des facteurs dont il importe plus que j'amais de tenir compte, à côté du rôle du centre sensoriel et des centres moteurs connexes sur lesquels nous avons insisté plus haut.

Comment donc se rende compte de la raison pour laquelle l'hallucination auditive, en particulier verbale, se manifeste comme unilatérale?

Et tout d'abord, en quoi consiste cette unilatéralité ?

La seule preuve de contrôle, invoquée dans les observations, consiste dans la cessation ou l'atténuation de l'hallucination par la fermeture de l'oreille correspondante. Mais, il est à remarquer que le même fait se produit quelquefois par l'occlusion de l'oreille opposée.

Cela suffit-il vraiment pour établir que la perception hallucinatoire soit unilatérale, puisqu'il s'agit là d'un phénomène subjectif, sans objet extérieur ; et que cette unilatéralité, fût-elle réelle, ne reconnaisse d'autre cause que l'action hémilatérale de l'appareil sensoriel ?

Cette manœuvre n'arrive peut-être à influer sur l'hallucination que d'une façon très indirecte, soit en agissant sur l'appareil périphérique et en modifiant la sensation subjective qui lui est parfois associée, ce qui peut se produire par l'occlusion de l'une ou l'autre oreille ; soit d'une façon toute psychique.

Cette dernière hypothèse n'a rien d'invraisemblable, lorsqu'on se rappelle ce qui se passe dans bien des cas d'hallucinations verbales. Certains aliénés, par exemple, entendent des voix dans le tic-tac de leur pendule. Les uns peuvent les faire cesser en se bouchant les oreilles, les autres en arrêtant la pendule ; mais d'autres aussi par des procédés plus étranges. Une de nos persécutées, injuriée par sa pendule, la fait taire en maintenant auprès d'elle des bougies allumées, « parce qu'elles remédiuent au froid que ses ennemis jettent sur le balancier ».

On est donc en droit de se demander si les hallucinations sont vraiment perçues par une seule oreille ou localisées dans la direction de droite ou de gauche.

La position de deux organes qui sont situés des deux côtés de la tête, leur fait accomplir des mouvements divergents et non convergents, au point que, dans l'usage habituel, on ne fait pas de mouvements afin que les deux organes viennent converger pour nous

donner une perception unique, mais qu'en contrepartie, on néglige l'un pour l'autre suivant la convenance et les besoins.

Il est très vraisemblable que c'est là ce qui se passe dans l'hallucination unilatérale. L'unilatéralité résulte ainsi d'un processus analogue à celui que nous avons indiqué pour les hallucinations visuelles et qui aboutirait dans un cas à l'abstraction de l'une des images visuelles, dans l'autre à la négligence de l'une des images auditives.

L'explication de ce fait nous paraît assez facile.

Rappelons-nous d'abord qu'il existe fréquemment, en pareil cas, des désordres de l'appareil auditif périphérique. Ne seraient-ce pas simplement les sensations subjectives réelles, antérieures aux hallucinations, sur lesquelles celles-ci se développent, auxquelles elles s'associent, qui arrivent à dicter leur unilatéralité en leur servant de point de repère?

Certaines observations sont, à ce point de vue, très démonstratives.

L'une d'elles, due à M. Régis (1), est tout spécialement intéressante en raison de l'analyse très fine dont elle fut l'objet de la part de l'auteur : « A l'état ordinaire, dit-il, surtout dans le silence, le malade a constamment dans l'oreille gauche la sensation d'un sifflement continu, analogue au bruit « d'un fruit qui cuit », « d'une effervescence pas bien vive ». Or, ce sifflement est intimement lié à sa pensée, dont il suit les diverses fluctuations, se modulant, pour ainsi dire, sur elle, la reproduisant en quelque sorte objectivement, chantant l'air et comme les paroles, s'il vient à chanter mentalement. Il ne peut pas interrompre ce bruit, mais il peut l'accentuer s'il con-

(1) Régis. Hallucinations unilatérales; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 mai 1894.

centre fortement son attention et l'atténuer s'il bouche l'oreille saine. Sa conviction est que « sa pensée se résout en un sifflement », s'échappe par un sifflement et est entendue au dehors... » A ce moment, ajoute M. Régis, « on constate très visiblement que ses lèvres remuent et se livrent à des mouvements d'articulation muette ». Ce malade croyant que « sa pensée se résout en sifflement » pour être entendue du dehors, a-t-il réellement une hallucination verbale auditive unilatérale ? Si évident que cela paraisse au premier abord, cela n'est cependant pas, si l'on se reporte aux détails de l'observation. D'ailleurs, M. Régis note lui-même expressément « que son malade n'a jamais eu d'*hallucinations psycho-sensorielles*, au moins complètes » ; et c'est, à mon avis, à juste titre qu'il interprète les phénomènes relatés ci-dessus comme des hallucinations verbales motrices complexes, provoquées par une sensation auriculaire subjective à laquelle elles restent étroitement associées et qui leur sert d'explication dans l'esprit du malade en même temps que de point de repère.

Cette interprétation n'a rien de paradoxal, si l'on se rappelle le mécanisme de la localisation des hallucinations verbales motrices.

La plupart du temps elles sont reportées excentriquement à la périphérie de l'appareil vocal (voix labiales, épigastriques).

Mais d'autres fois elles sont localisées en une partie quelconque du corps, en raison de la concomitance d'une sensation réelle ou hallucinatoire à laquelle elles s'associent et qui leur sert de point de repère.

Entre autres faits intéressants, le Dr Angiolella a cité celui d'un malade ayant des hallucinations verbales motrices fort nettes qu'il localisait tantôt dans la bouche, mais souvent aussi dans d'autres parties du corps, dans la rate, les genoux, les mains, les pieds, où

il se plaignait de ressentir en même temps des sensations douloureuses produites par une machine magnétique.

Ce cas n'est-il pas analogue à celui de M. Régis, qui n'a de particulier que la localisation sur la sensation subjective auriculaire? Et si, après cet exemple, on persistait à le considérer comme un cas d'hallucination *auditive* unilatérale justifiable de la théorie anatomique, je me contenterais de demander le trajet anatomique de l'hallucination que le malade du Dr Angiolella rapportait dans son pied, ou dans sa rate, que l'on a, je pense, quelque raison de supposer tout aussi unilatérale que le sifflement de l'autre.

Cette observation de M. Régis ne nous autorise-t-elle pas à penser que le même mode de localisation unilatérale peut se produire pour les hallucinations verbales auditives qui, comme les motrices, relèvent de la même fonction langage?

Il est d'ailleurs d'autres faits qui semblent venir plus directement encore à l'appui de cette manière de voir, en nous montrant la juxtaposition, sur des bruits subjectifs, d'images verbales auditives.

Dans un travail sur les *hallucinations psychiques* (Congrès de psychologie de 1900), nous avons cherché à établir la nécessité d'une distinction parmi les phénomènes disparates décrits sous ce nom, suivant qu'ils avaient ou non un caractère verbal. Dans ce dernier cas, tantôt il s'agit de véritables hallucinations qui ne sont que des hallucinations motrices verbales ; tantôt ce ne sont que des représentations verbales de différents caractères : visuelles, motrices, ou auditives, nettes, précises, mais dépourvues de tout caractère d'extériorité, en un mot des pseudo-hallucinations dans le sens de Kandinsky.

Or, nous avons vu tout à l'heure une hallucination

verbale motrice s'associer à des bruits subjectifs et se localiser sur ce point de repère. Nous allons voir maintenant le même fait se produire pour une pseudo-hallucination verbale (hallucination psychique) de caractère auditif.

M. Régis (1) a rapporté l'histoire d'une hallucinée atteinte depuis dix-huit ans d'une lésion de l'oreille gauche, avec bruits subjectifs. A la suite d'une atteinte d'influenza, ces bruits, ces bourdonnements devinrent des bruits différenciés, puis des chants et des mots nettement articulés.

Ces voix, qui ne s'accompagnaient pas de mouvements d'articulation, d'un caractère nettement *auditif*, semblaient parler, non pas au dehors, mais dans sa tête; « elles étaient donc *plutôt internes qu'externes* ». Or, remarque M. Régis, elles étaient absolument solidaires des bruits de l'oreille gauche; elles se superposaient à eux et en constituaient comme une sorte de transformation.

Voilà donc des voix intérieures non objectivées, des hallucinations psychiques ou plus exactement des pseudo-hallucinations verbales de caractère auditif qui, bien que dépourvues de tout caractère d'extériorité, sont cependant rapportées et localisées à une seule oreille en se juxtaposant, en s'associant au point de repère fourni par les bruits subjectifs dont cette oreille est le siège.

Que ces voix soient arrivées à s'extérioriser, nous aurions eu alors des hallucinations verbales auditives unilatérales qui se seraient, sans nul doute, localisées de la même façon, et par le même mécanisme.

Ainsi donc, que les hallucinations verbales soient unilatérales ou bilatérales, les centres corticaux en jeu sont les mêmes et la localisation tantôt à droite, tantôt

(1) Régis. Congrès de Nancy, 1896.

à gauche, ne dépend que du siège de la lésion périphérique déterminant le point de repère de l'hallucination.

L'hallucination auditive verbale se trouve ainsi superposée au bruit subjectif, comme dans d'autres cas elle l'est au tic-tac d'une pendule, et c'est le caractère unilatéral de ce bruit subjectif qui fait l'unilatéralité de l'hallucination.

Dans les cas où l'hallucination se trouve associée à une perception réelle, elle prend naturellement la même apparence et la même nature. Quand une malade entend une voix dans le tic-tac de sa pendule, elle ne peut pas croire que la voix est en elle et la pendule à l'extérieur et que les deux n'ont pas la même localisation. Les images qui s'éveillent au contact des objets extérieurs tirent de leur origine des propriétés particulières. Elles s'accollent aux impressions qui les suggèrent et, grâce à cette attache sensorielle, elles subissent par contre-coup toutes les modifications qu'éprouve la sensation. Si l'image cérébrale qui s'extériorise crée si bien l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce que cette image est associée à des impressions des sens qui lui communiquent leurs propriétés.

Ce raisonnement s'applique également à l'hallucination unilatérale à point de départ subjectif.

Cette juxtaposition de l'hallucination auditive sur le point de repère fourni par les troubles subjectifs périphériques s'explique d'autant plus facilement que l'on examine l'état mental des sujets sur ce point particulier.

Ici encore nous allons retrouver des constatations analogues à celles que nous avons déjà faites pour les hallucinations visuelles et qui nous révèleront un processus psychique tout à fait comparable.

On voit alors que pour beaucoup de malades, les bruits auriculaires subjectifs constituent une préoccupation dominante, une sorte d'obsession sur laquelle se

trouve dérivée leur attention; si bien que lorsque l'hallucination vient à apparaître, il suffit d'une simple association automatique subconsciente pour fixer au même point sa localisation.

Ce fait est particulièrement net dans certaines observations.

Une des plus démonstratives à cet égard est celle d'un malade observé par M. Régis (1), atteint d'hallucinations unilatérales et souffrant depuis l'âge de douze ans d'une otorrhée purulente de l'oreille droite. « On ne saurait croire, remarque l'auteur, combien cette affection toute locale a eu d'influence sur la vie du malade. Dès sa jeunesse, elle en fit un malheureux hypochondriaque, toujours concentré sur les progrès de son mal, s'analysant d'une façon intime, prêt à verser, en un mot, et au moindre choc dans l'aliénation mentale. »

Quant au travail d'association subconsciente qui porte le malade à rapporter ses hallucinations à l'oreille, objet de ses préoccupations, il nous semble bien résulter de cet autre passage de son récit :

« A chaque pensée qui me surgit à l'esprit, la phrase qui l'exprime est rendue presque avec bruit. Il en est ainsi surtout lorsque je me trouve en un endroit silencieux, et que *j'approche l'oreille de quelque encoignure*. Si alors *je bouche l'oreille gauche (saine), pour fermer accès à tout bruit du dehors*, j'entends par l'oreille droite (malade) une pensée formulée. Une idée que je désire cacher est rendue avec plus de force, surtout *quand j'éprouve un sentiment quelconque, la crainte ou la honte*. »

Il est à remarquer d'ailleurs que les hallucinations verbales entendues par ce malade étaient de nature très complexe, et comportaient, à côté d'un élément sensoriel,

(1) Régis. *Encéphale*, 1881.

un élément moteur très développé sinon prépondérant, perception auditive d'une forte voix basse, s'accompagnant de mouvements des muscles de la langue.

Un autre malade de Ball (1) avait une otorrhée purulente de l'oreille gauche depuis l'âge de treize ans. Les bourdonnements existant dès le début font place, à l'âge de vingt-deux ans, à des perceptions plus nettement définies, bruit de rivière, chants musicaux, coups de fusil. Trois mois après, il entend des injures. Il se fait alors ce raisonnement : « Puisque ma maladie d'oreille m'a donné des bourdonnements, la même cause peut me faire entendre des voix. » De ce moment il n'a pas varié dans sa conviction. Or, les hallucinations et les bourdonnements d'oreilles ne se sont jamais montrés du côté droit, mais toujours à gauche.

Il est d'ailleurs à remarquer que dans l'hallucination ordinaire, la localisation est souvent sous la dépendance de facteurs purement psychiques.

Certains hallucinés qui localisent leur hallucination dans une direction donnée sont souvent amenés à le faire par l'idée qu'ils ont primitivement de l'endroit où doivent se trouver leurs persécuteurs. Il y a là en quelque sorte un fait d'attention expectante.

Lorsque le phénomène se répète, il s'établit une sorte d'habitude psychique en vertu de laquelle le malade finit par négliger une oreille et localise toujours son hallucination dans les mêmes conditions.

Cette habitude se traduit objectivement par l'attitude du malade.

Les hallucinés de l'ouïe ont généralement l'attitude de gens qui écoutent : ils inclinent la tête du côté d'où viennent les voix. Or, on peut remarquer que chez les hallucinés chroniques de l'ouïe, le malade ne change

(1) Ball. *Encéphale*, 1882.

pas l'attitude de sa tête, comme si l'hallucination venait de côtés différents ; mais son attitude est stéréotypée.

Il est même certains malades qui peuvent provoquer leurs voix à volonté en se plaçant dans l'attitude de gens qui écoutent. On peut noter alors que cette attitude est toujours la même et qu'ils choisissent toujours la même oreille.

Ce fait est assez banal et j'en ai pour ma part observé de nombreux exemples. Un des plus curieux est celui d'un homme dont j'ai rapporté l'histoire à la Société médico-psychologique et qui, très bon observateur, put rectifier lui-même ses hallucinations et en fournir une analyse très précise.

A l'origine, les voix n'avaient pas de localisation précise. Puis, elles se firent entendre dans une direction déterminée : « Celle, dit-il, où je supposais devoir se trouver mon interlocuteur. » C'était ordinairement à droite. Aussi, bien que la provenance auriculaire de la perception hallucinatoire ne différât pas pour lui de celle des perceptions normales, finit-il instinctivement par orienter son oreille droite, en penchant la tête de façon à entendre les voix de ce côté, attitude qu'il reproduisait plus tard très nettement, une fois les hallucinations disparues, lorsqu'il venait à en faire le récit.

Si l'on se rappelle l'importance de l'attitude de la tête dans la localisation du son, rien d'étonnant à ce que l'hallucination ainsi sollicitée toujours du même côté paraisse unilatérale, surtout lorsqu'il existe des bruits subjectifs concomitants, développant à la fois l'attention expectante, l'habitude et les attitudes spéciales ; mais même en l'absence de ces bruits subjectifs.

Leczinski (1) rapporte comme observation d'hallucination unilatérale, celle d'une femme de cinquante ans

(1) Leczinski. *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1885.

qui avait l'habitude de se placer dans l'attitude assise pendant des heures et en même temps l'oreille gauche inclinée vers la table, donnant, disait-elle, et recevant des communications télégraphiques. Elle n'en recevait pas de l'oreille droite qui, disait-elle, était réservée pour l'usage commun. L'acuité auditive était un peu plus forte à gauche qu'à droite.

Cette observation ne nous montre-t-elle pas les rapports étroits qui existent entre l'attitude et l'unilatéralité de l'hallucination, et ne nous permet-elle pas de penser que ce sont ces rapports avec une attitude habituelle automatique qui, par une association d'idées presque inconsciente, lui assignent sa localisation ?

N'avons-nous pas fait observer que les centres des représentations verbales sont uniques et libres de tout rapport d'espace ? La localisation d'une hallucination verbale dans un point de l'espace extérieur, ou d'une oreille plutôt que dans l'autre n'est pas une conséquence nécessaire de la simple évocation de l'image acoustique. C'est un processus qui peut s'effectuer, souvent inconsciemment, parfois même à volonté, par association.

Ce mécanisme d'associations complexes, l'intervention des facteurs psychiques qu'il ne faut jamais perdre de vue, puisqu'ils font partie intégrante de tout processus hallucinatoire, peuvent nous expliquer l'unilatéralité de l'hallucination, lorsqu'elle est localisée du côté sain de l'appareil sensoriel, ou en l'absence de tout désordre périphérique pouvant être invoqué comme cause d'une excitation corticale unilatérale.

Pick (1) a rapporté le cas d'une aliénée chronique, sourde de l'oreille gauche, qui accusait des hallucinations auditives du côté droit. L'oreille droite étant ensuite

(1) Pick. *Neurol. Centralb.*, 1892.

bouffée de coton, la malade n'entend plus qu'un bruit vague, plus de paroles, et les hallucinations redeviennent nettes dès que l'oreille est débouchée. Dans l'oreille gauche on trouve un tampon de cérumen qu'on enlève. Dès lors, les hallucinations deviennent bilatérales. En ce cas, n'est-ce pas tout simplement l'idée de la surdité unilatérale qui eut une influence prédominante sur l'unilatéralité des hallucinations dans l'oreille opposée, unilatéralité s'expliquant ainsi par un simple fait d'association d'idées ? Car, il est à remarquer que ce cas est tout à fait contraire à celui de Mabille (1) et que d'après la théorie courante, les hallucinations essent dû siéger du côté sourd et disparaître avec le tampon.

On voit donc que, si l'on tient compte des variations secondaires dues à la différence du système sensoriel intéressé, notre interprétation de l'hallucination unilatérale de l'ouïe se trouvera concorder avec celle de l'hallucination de la vue.

Dans les deux cas, rôle prépondérant d'un point de repère de nature variable. Alors même que ce point de repère serait constitué par des sensations subjectives, il ne joue pas le rôle d'un simple stimulus anatomique venant exciter le centre sensoriel correspondant. Il donne une direction psychologique, comme dans les cas où il se trouve déterminé par des associations d'idées, des habitudes plus ou moins conscientes. Son action s'exerce surtout sur l'attention qu'il fixe et dérive à son profit, en engendrant ainsi cette état de distraction qui porte atteinte à l'intégrité de la conscience et détermine ces troubles de la synthèse psychique d'où résulte l'abstraction, ou la négligence de l'une des images sensorielles et la localisation de l'hallucination du côté du point de repère unilatéral.

(1) Mabille. *Ann. méd.-psych.*, 1883.

Cette interprétation nous permet encore de nous expliquer certains cas complexes, absolument incompréhensibles avec la théorie de l'excitation corticale unilatérale.

Pick (1) a observé un jeune homme qui entendait pendant ses prières, sortir de l'intérieur de son corps des voix qui tenaient généralement des propos cyniques à l'adresse du Christ ou de la mère de Dieu. Les voix partent du côté gauche où le malade ressent en même temps un point. D'autres fois son œil gauche est comme obnubilé, et, à travers un nuage, le malade voit des représentations obscènes sur les images sacrées ; il entend également des propos orduriers soufflés dans son oreille gauche ; sa main gauche sent une odeur de chair brûlée et de soufre. Il croit que c'est le diable qui lui fait des tours. L'examen somatique ne révèle rien qui puisse être présumé comme cause d'unilatéralité des hallucinations.

L'auteur ne manque pas d'invoquer l'excitation des centres corticaux d'un seul hémisphère et fait même remarquer que les hallucinations observées correspondent à des sphères sensorielles dont les territoires corticaux sont contigus.

Cette interprétation est inacceptable et contredite par l'observation elle-même.

En effet, les hallucinations siégeant à gauche, l'hémisphère droit serait seul intéressé.

Or, les hallucinations verbales motrices supposeraient l'intervention du centre moteur d'articulation, hémisphère gauche ; les auditives verbales, celle du centre auditif verbal, hémisphère droit. Quant au centre visuel, le droit aussi probablement, il devrait, d'après cette théorie, produire des hallucinations hémioptiques,

(1) Pick. *Neurol. Centralb.*, 1892.

homonymes et non unilatérales. Les hallucinations olfactives sont en réalité bilatérales.

Ainsi donc les deux hémisphères sont intéressés par le processus hallucinatoire. Cependant toutes les hallucinations sont localisées à gauche. Cela ne résulterait-il pas tout simplement de facteurs psychiques ? Ne peut-on pas admettre que le malade éprouvant une espèce d'hallucination, les tactiles, par exemple, ait pu la prendre comme point de repère pour localiser les autres du même côté, par un travail d'association d'idées plus ou moins conscient. Cette hypothèse serait d'autant plus plausible que nous voyons les hallucinations olfactives bilatérales rapportées à sa main gauche et le point de départ de ses hallucinations motrices verbales fixé aussi à gauche, en un endroit où le malade accuse une sensation spéciale. Nous avons vu tout à l'heure que la localisation de l'hallucination verbale motrice reconnaît souvent comme cause une association de ce genre. Ce malade se trouverait ainsi amené à localiser toutes les hallucinations à gauche, comme les hystériques qui, sans avoir un souci exclusif de leurs localisations cérébrales, font leur hémianesthésie sensitivo-sensorielle d'un seul côté.

En réalité, le mécanisme des phénomènes décrits sous le nom d'hallucinations unilatérales n'est pas univoque, parce qu'il s'agit de phénomènes très différents suivant les cas, dont beaucoup ne sont même pas des hallucinations.

Alors même qu'il s'agit d'hallucinations véritables, leur unilatéralité ne peut résulter simplement de l'action hémilatérale de tout l'appareil sensoriel, périphérique et central. Prétendre expliquer toutes ces hallucinations à l'aide des données incomplètes de l'anatomie et de la physiologie cérébrales, en subordonner étroitement le mécanisme aux pures données des localisations corti-

cales, ce serait s'exposer aux mêmes erreurs que de vouloir assigner aux anesthésies hystériques, comme aux anesthésies organiques, les mêmes rapports anatomiques avec les territoires nerveux correspondants.

Si l'intervention des centres sensoriels corticaux est toujours nécessaire à la production d'une hallucination, elle ne constitue pas la seule condition, nécessaire et suffisante, ni de son existence ni de sa localisation. Lorsqu'il s'agit en particulier des hallucinations unilatérales, il importe de tenir compte d'autres facteurs, tels que l'état de l'organe sensoriel périphérique, l'existence de sensations subjectives, l'état mental du sujet, et des divers facteurs psychiques qui peuvent fournir un point de départ au processus hallucinatoire, non pas lui assigner un trajet purement anatomique, mais lui déterminer une direction psychologique, et influer plus ou moins directement sur la localisation unilatérale de l'hallucination en lui donnant un point de repère.

Nous ne nous dissimulons pas les désiderata inhérents à toute explication psychologique, qui n'exclut pas et ne peut exclure l'explication physiologique.

Si nous avons envisagé la question des hallucinations unilatérales plus spécialement au point de vue psychologique, c'est parce qu'il nous a paru être le plus compréhensible, le plus propre à nous renseigner, sinon sur le mécanisme dernier, du moins sur l'analyse plus précise des conditions multiples du phénomène.

Une question aussi obscure et aussi complexe ne peut comporter dès maintenant une doctrine définitive. Il y a intérêt, croyons-nous, à se borner à décrire les faits tels qu'ils peuvent être actuellement connus. L'avenir nous permettra sans doute d'être plus positifs. Est-il donc si difficile de se résigner à attendre ?

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ III. — *Suicide chez les hystériques.* — « A côté de ceux qui se donnent la mort, tout en possédant leur libre arbitre, dit Taguet (2), qu'ils obéissent à un sentiment d'honneur, à une nécessité, à un usage, à un préjugé, ou bien que, privés de raison, ils périssent victimes d'une erreur des sens, ou d'une passion délirante, il existe une catégorie de malades chez qui le suicide n'est qu'une fantaisie, une mise en scène, n'ayant d'autre but que celui de fixer l'attention publique, de faire du bruit, d'affliger leurs parents, leurs amis, pour vaincre les résistances qu'on oppose à leurs désirs, un besoin de faire du mal, dût-il entraîner après lui la ruine et le déshonneur : nous avons nommé les hystériques. Comme ces monomanes dont parle Esquirol, ces malades ont soin d'être aperçues pour qu'on vienne à leur secours, ou bien elles s'arrangent de manière à ne pas se nuire. »

Tardieu (3) avait déjà dit : « Un trait commun caractérise ces malades (les hystériques), c'est la simulation

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901; janvier-février, mars-avril, mai-juin et septembre-octobre 1902.

(2) Taguet. Du suicide dans l'hystérie (in *Ann. méd. psych.*, 1877, t. I, p. 346).

(3) Tardieu. *Etude médico-légale de la folie.*

instinctive, le besoin immoderé et incessant de mentir sans but et sans objet, uniquement pour mentir, et cela non seulement en paroles, mais encore en actions, par une sorte de mise en scène où l'imagination joue le principal rôle, enfante les péripéties les plus inconcevables et les porte parfois aux extrémités les plus funestes. »

Huchard (1) se range à l'opinion de Taguet : « L'hystérique déclare bien souvent, des jours et des mois à l'avance, qu'elle est lasse de la vie, elle annonce *urbi et orbi* qu'elle veut se tuer, et, tout en cherchant avec un certain art à déjouer la surveillance de son entourage, elle ne manquera pas de laisser percer son dessein par certaines paroles ou certains sous-entendus, assez adroitement imaginés, elle aura bien soin d'être vue au milieu de ces préparatifs ou s'arrangera toujours de manière à recevoir un prompt secours en temps opportun. Une hystérique effrayait tous les soirs son entourage par ses menaces répétées de se jeter par la fenêtre. Sa famille affolée, qui avait le tort de la prendre au sérieux, l'attache afin de la mettre dans l'impossibilité d'exécuter son projet. Sur ces entrefaites, le Dr Hammond (Mal. sys. ner., 1879) arrive, la délivre de ses liens et de ses entraves, puis il lui déclare qu'elle est libre ; elle court à la fenêtre, regarde un instant, puis revient à son lit en adressant au médecin quelques épithètes malsonnantes. Elle n'a jamais recommencé. »

Legrand du Saulle (2) Grasset (3) sont du même avis : « Le plus souvent, dit Legrand du Saulle, l'hystérique s'arrête en route, le suicide est rarement consommé... La mise en scène ne fait généralement pas défaut. »

(1) Huchard. *Traité des névroses*, 1883, p. 961.

(2) Legrand du Saulle. *Les hystériques*, 1883, p. 303.

(3) Grasset. Article « Hystérie » (in *Dict. encycl. des sc. méd.*).

Cet auteur reconnaît cependant que les hystériques se suicident parfois et en cite des exemples : « J'ai connu à la maison de Charenton une jeune Anglaise hystérique, très exaltée, qui, à l'âge de onze ans, avait essayé de se couper la gorge avec un rasoir, et qui ne cherchait même pas à en dissimuler les horribles cicatrices. Bien résolue à en finir avec la vie, il était évident que la malade recommencerait ses tentatives de suicide. Aussi lorsque la famille demanda sa sortie, M. Calmeil, mon chef de service, dut s'y opposer formellement.

« L'ambassadeur d'Angleterre intervint auprès du préfet de police et toutes les difficultés furent levées. Deux mois après, M^{me} W... avait pu prendre sur ses deux sœurs un tel ascendant qu'elle les décida à mourir avec elle : les trois jeunes filles s'asphyxièrent. En interrogeant mes souvenirs, j'ai encore très présent à l'esprit le suicide de deux jeunes femmes hystériques. L'une, accouchée seulement depuis vingt-cinq jours et allaitant son enfant, s'est subitement précipitée par la fenêtre d'un troisième étage, à la suite d'une querelle avec son mari, et est morte le lendemain. L'autre, en proie à une jalouseie violente, s'est noyée à Asnières. »

Pitres (1) s'élève contre l'opinion des auteurs précédents qui considèrent en général les hystériques comme des simulatrices. Il croit que les hystériques sont « de grands enfants qui se déterminent d'après des sentiments fugaces et passent d'un instant à l'autre de la gaieté à la tristesse, de la douceur à la violence, de l'amour à la haine ou *vice versa* ». Leurs tentatives sont « en général le résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie ; mais rien n'autorise à les considérer comme une comédie grossière, jouée par des

(1) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. II, p. 53.

simulatrices pour se rendre intéressantes ou alarmer leur entourage ».

Sollier (1), de son côté, montre que les tentatives non simulées sont bien plus fréquentes qu'on ne se plaît à le dire. Il trouve que 6 malades sur 20 cas qu'il rapporte ont manifesté des idées de suicide; et sur ces 6, 3 ont fait des tentatives.

Chez les hystériques non aliénées, il est certain que, la plupart du temps, on n'a affaire qu'à de simples menaces de suicide ou à des tentatives sans danger. Ces hystériques, suivant l'expression de Pitres, sont de grands enfants qui, par la menace du suicide, cherchent à se rendre intéressants, essaient d'obtenir ce qu'on leur refuse ou veulent manifester leur mécontentement.

Il arrive bien rarement qu'elles se livrent à des tentatives sérieuses.

OBS. LX. — Une hystérique à crises convulsives fréquentes et à tendances érotiques très prononcées raconte qu'elle a été violée. L'enquête montre qu'elle a forgé elle-même tout un roman. Vexée de se voir démasquée, elle annonce qu'elle va se tuer, dérobe un couteau qu'elle cache sous son traversin pendant deux jours sans essayer de s'en servir.

Si quelquefois, cependant, on les pousse à bout, ou si, par esprit de contradiction, on a l'air de ne pas croire à leur désespoir, elles sont capables de se livrer à des actes dangereux pour elles-mêmes : « La marquise de Brie, la trop célèbre maîtresse du duc de Bourbon, après avoir été exilée de la cour, et dépitée de son abandon, annonce qu'elle va se donner la mort, tel mois, tel jour, telle heure. Elle convie ses amis comme à une fête, paraît gaie, animée; le soir, elle parle encore, en présence de son nouvel amant, de sa détermination for-

(1) Sollier. *Genèse et nature de l'hystérie*, 1897, t. I, p. 471.

melle qui est accueillie par des sourires d'incrédulité. Celui-ci croyant à une manifestation lui donne le poison de sa propre main et il ne se rend à l'évidence que lorsqu'il lui était devenu impossible de lui porter secours (Taguet). »

Chez les hystériques avec délire, celles que nous observons dans les asiles, la tendance au suicide est assez fréquente. Quelques-unes de ces malades ont pendant leurs crises ou à leur suite une période hallucinatoire avec hallucinations, de la vue et de l'ouïe, de nature terrifiante ; elles cherchent à fuir des ennemis imaginaires, des animaux féroces, un cercle de feu qui les entoure ; dans leur trouble, elles se précipitent par les fenêtres, enjambent les balustrades d'escaliers, etc.

Quelquefois, mais plus rarement, ce sont des hallucinations impératives dans le cours d'un accès d'agitation et le plus souvent des impulsions subites qui rappellent les impulsions des épileptiques.

Les hystériques aliénées sont *ordinairement marquées du sceau de la dégénérescence mentale*, et, comme les dégénérés, présentent des épisodes délirants polymorphes avec obsessions et impulsions suicides. Nous retrouvons, en effet, chez nombre de dégénérés, des tendances suicides similaires : même état émotif, mêmes réactions imprévues et subites en face d'excitants puérils.

Le plus souvent, les hystériques, comme les autres aliénés d'ailleurs, font des tentatives de suicide dans des périodes lypémaniaques : mélancolie auxieuse, religieuse, etc.

Notons enfin que l'influence de l'imitation est considérable chez ces malades et doit engager le médecin à ne jamais laisser une hystérique à côté d'une lypémiaque suicide.

OBS. LXI. — Femme, vingt-trois ans, célibataire. Mère morte aliénée ; père original, excentrique. Aucun renseignement sur les collatéraux. Quelques stigmates physiques de dégénérescence, pas de troubles organiques. Cette malade entre pour la première fois en décembre 1888. Il résulte des renseignements que cette jeune fille, à de certains moments, boit avec excès des liquides alcooliques et cherche ensuite à se suicider. Elle a bu d'un coup un demi-litre d'arquebuse et s'est jetée à l'eau trois fois ; la première tentative de suicide remonte à dix mois.

Elle a toujours eu une intelligence faible ; elle rit et pleure sans motif, a souvent des maux de tête. La menstruation est assez régulière, mais l'écoulement est peu abondant. Les sentiments affectifs sont peu développés, la mémoire paresseuse. La malade a eu quelquefois de l'incontinence nocturne d'urine. Trois crises hystériques.

Janvier 1889. À des périodes de mélancolie avec *tedium vitae* et nombreuses tentatives de suicide.

Mars 1889. Rentre dans le même état que lorsqu'elle était sortie. À la suite d'une discussion avec sa patronne, la malade est sortie de l'atelier, a vagabondé un jour ou deux ; puis, ne sachant où aller, se trouvant sans ressources, elle a cherché à se suicider à plusieurs reprises : 1^o en se jetant dans le Rhône d'où elle a été retirée ; 2^o en buvant un mélange d'éther et de chlorure de chaux ; 3^o en se serrant le cou avec des cordes, au cimetière, sur la tombe de sa mère. En général, la malade se livre à quelques excès alcooliques avant ses tentatives.

Sortie plusieurs fois de l'asile, elle rentre toujours dans le même état, à la suite de tentatives nouvelles. La dernière entrée date du mois de mai 1890. Le 24 juin de la même année, elle veut se laisser mourir de faim, elle ne prend rien de cinq jours et ne se décide à manger que sous la menace de la sonde. Depuis cette époque jusqu'en 1899, la malade manifeste souvent des idées de suicide et fait de nombreuses tentatives. En septembre 1897, notamment, elle essaie de s'empoisonner en absorbant 25 grammes de laudanum. Heureusement cette tentative est rendue inutile par la promptitude des secours.

En 1899, voici la liste des tentatives auxquelles elle s'est livrée.

1^o *Le 17 janvier*, elle essaie constamment de se faire du mal : elle se frappe la tête contre les murs, se serre le cou, refuse de manger ; *affection* pour ses vêtements et objets.

2^e 6 février. Depuis deux jours cherche tous les moyens possibles de se faire du mal.

3^e 15 août. Elle s'est serré le cou avec un foulard ;

4^e 28 août. Elle s'est frappé la tête contre le coin d'un mur et, hier soir, a essayé de s'étrangler avec sa camisole ;

5^e 12 septembre. A plusieurs reprises, la malade s'est serré le cou avec son foulard dans l'intention de se donner la mort.

— 16 septembre. Interrogée sur ces multiples tentatives de suicide, la malade répond qu'elle est lasse de l'existence, qu'elle ne veut plus rester à l'asile, ajoutant qu'au dehors, elle ne penserait plus à se faire du mal, etc. D'après les renseignements corroborés par nos observations, il est à remarquer que cette malade est extraordinairement susceptible et que, chez elle, le moindre ennui, plausible ou non, détermine une tentative de suicide. Son père vient la voir à peu près régulièrement ; mais, s'il tarde trop, la malade tombe dans le découragement et veut mettre fin à ses jours. Si on lui fait une observation quelconque, de peu d'importance le plus souvent, elle verse dans la mélancolie et cherche à se tuer. La plupart de ses tentatives, et elles sont nombreuses, n'ont pas de cause raisonnable ; elles succèdent à une gronderie légère, à une observation amicale. Elle réclame continuellement sa sortie qui est le plus souvent renvoyée évasivement à un ou deux mois. Mais au terme échu, la malade écrit en ces termes : « Il me semble que je pourrais respirer l'air du dehors ; mais si je venais à être trompée, je ne sais plus où j'en arriverais, à quelle extrémité le découragement me pousserait. Je pourrais dire adieu au repassage, car alors le travail ne me donnerait aucune distraction ; je me jetterais dans le désespoir et ne pourrais vivre que dans une cellule. Je ne pourrais prendre aucune nourriture et j'arriverais bien d'une façon ou d'une autre à ne pas prolonger des jours odieux, car ma patience est complètement à bout. » Généralement, au moment de ces sorties attendues et refusées, les tentatives redoublent.

OBS. LXII. — Femme de trente-deux ans. Quelques symptômes d'aliénation mentale chez un grand-oncle de la malade. Rien autre de particulier dans la famille.

Scarlatine vers sept ou huit ans. Les règles ont commencé à treize ans et sont toujours venues très régulièrement.

Caractère très nerveux ; habitudes mystiques. Dès l'enfance, pleurs faciles, maux de têtes fréquents.

Vers l'âge de vingt-deux ans, cette demoiselle ayant voulu

embrasser la vie religieuse, sa famille s'y opposa et la malade fut très affectée de ce refus. Elle resta plusieurs jours dans un état de concentration profonde et n'en sortit que pour prononcer des paroles étranges. Elle se croyait une nouvelle Eve, elle devait régénérer le monde. A partir de ce moment, on la voit ordinairement triste, pleurant abondamment, allant beaucoup à l'église : son confesseur, touché sans doute de sa foi ardente, lui avait accordé la communion sans confession. On l'a vue rester des nuits entières agenouillée sur son prie-Dieu, les bras en croix, et les yeux levés au ciel. La douceur dominait encore dans son caractère ; ce n'est que plus tard et depuis trois mois surtout qu'elle s'est livrée à des voies de fait sur ses parents et à des tentatives de suicide ; la malade paraissait renfermée sur elle-même et d'un mysticisme plus exagéré encore.

Cette demoiselle a eu des contractures qui ont persisté pendant dix-neuf jours ; elle a présenté une crise convulsive et se renfermait parfois dans un mutisme volontaire. Ovarie, hypéresthèses vagues. Dans la suite, le délire se modifie considérablement ; la malade devient persécutée et s'excite souvent, chante des cantiques et taquine les autres malades, leur dit des grossièretés, mais ne manifeste plus d'idées de suicide.

OBS. LXIII. — Femme âgée de vingt-huit ans. Père mort vers l'âge de cinquante ans de maladie indéterminée ; mère morte à soixante-cinq ans, astmatique, était très nerveuse, déséquilibrée, très dure vis-à-vis de ses enfants : « c'était une femme terrible », disait le mari de la malade ; une sœur mélancolique s'est noyée ; un frère mort en bas âge de convulsions ; un frère âgé de vingt-cinq ans est à l'hôpital pour rhumatisme articulaire aigu.

Deux enfants nerveux ; le premier accouchement s'est accompagné de crises d'éclampsie. Bonne santé habituelle. Menses régulières, pas d'alcoolisme, quelques stigmates physiques de dégénérescence. La malade n'a jamais donné de symptômes d'aliénation mentale jusqu'au mois de février 1891. A cette époque, allant voir un jour une de ses amies à l'hôpital, elle l'a trouvée morte ; elle en fut vivement frappée, et, le lendemain matin, elle manifesta pour la première fois des idées de suicide. Un médecin fut appelé et conseilla de la conduire dans une maison de santé. Elle y eut plusieurs crises hystériques, y demeura vingt jours et en sortit guérie.

Au mois de juillet de la même année, à la suite d'un ennui (un enfant malade), elle se leva tout à coup au milieu de la

nuit, disant qu'elle voulait se détruire. Elle fut reconduite de nouveau dans une maison de santé et y resta trois mois.

Céphalalgie et surexcitation au moment des règles.

Il y a quelques jours, à la suite d'un nouvel ennui au sujet de la maladie d'un de ses enfants, elle est tombée dans un état de surexcitation semblable à celui qui avait deux fois nécessité son internement. Elle veut se tuer et se précipite vers une fenêtre pour se jeter en bas. Pendant la nuit, elle voit des choses qui l'effrayent et entend des paroles pénibles. Il y a quelques jours, la malade a perdu subitement connaissance et est restée dix minutes en cet état sans avoir présenté de mouvements convulsifs. Avant-hier, elle a perdu de nouveau connaissance, puis s'est relevée tout égarée pour essayer de se jeter par la fenêtre. C'est alors qu'elle entre à l'asile. La malade est assez lucide ; la mémoire est bonne, elle se rend parfaitement compte de sa situation, elle raconte qu'elle est ennuyée, qu'elle est fatiguée de vivre, elle a peur d'être de trop dans la société. Elle avoue qu'elle a voulu se jeter par la fenêtre, le plus souvent par dégoût de la vie, mais parfois parce qu'il lui semble entendre une voix intérieure qui lui commande de se tuer ; c'est « comme un écho de sa propre pensée ».

Obs. LXIV. — Femme âgée de trente-trois ans. Père mort d'une maladie indéterminée ; mère morte jeune (la malade avait alors deux ans) ; deux frères, dont l'un aliéné (mélancolique) et l'autre très nerveux ; une sœur a été internée et est morte à l'asile, une autre sœur prend des crises hystériques. Un fils en bas âge, bien portant.

Convulsions dans l'enfance. La malade a toujours été très nerveuse et, depuis quelques années, prenait des crises hystériques à la moindre contrariété. N'a jamais eu de maladie grave. Il y a un mois, elle a eu un accès lypémaniaque qui n'a duré que huit jours et était accompagné de céphalalgies violentes. Retour à la raison, puis rechute il y a quinze jours. Elle ne dort pas la nuit, est inquiète, s'agit, cause seule. On ne note pas d'hallucinations. Elle croit qu'on veut lui faire du mal, qu'on veut la livrer au diable. Elle cherche à se détruire, demande du poison, refuse de s'alimenter. Réflexes exagérés, hypéresthésie (surtout aux régions ovariennes).

Trois semaines après son entrée à l'asile, elle a fait une tentative de suicide par strangulation : le lien a pu être enlevé immédiatement.

En juin, la malade a été traitée par l'extrait de belladone et,

le 1^{er} juillet, elle prend une crise qui dure à peu près un quart d'heure. Elle est tombée brusquement, les membres en résolution ; la respiration paraît embarrassée ; la malade dit plus tard qu'elle a eu une sensation de boule remontant de la poitrine à la gorge. Pas de sensibilité aux piqûres, sauf toutefois au visage. Immédiatement après cette crise, la malade s'est relevée et s'est mise à rire. Pas d'émission d'urine. Elle n'avait mangé que fort peu le matin, et le soir elle n'a pas mangé du tout.

Suppression de la belladone qui avait été administrée à 0 gr. 07 *pro die*. La malade l'est sujette à des accès d'énerver-
ment avec secousses musculaires durant quelques secondes et
survenant à la moindre contrariété. Elle sort améliorée.

(A suivre.)

RECHERCHES UROLOGIQUES ET HÉMATOLOGIQUES DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR LES DR^S

Maurice DIDE et Louis CHÉNAIS

Médecin Interne
à l'Asile d'aliénés de Rennes.

Les travaux publiés jusqu'à présent sur la démence précoce sont extrêmement brefs en ce qui concerne la composition des urines et les variations des éléments figurés du sang. C'est dans l'espoir de combler en partie cette lacune que nous avons entrepris nos recherches, encore très incomplètes surtout au point de vue hématologique. Tels qu'ils sont, nos résultats nous ont paru suffisamment concordants pour mériter d'être publiés.

Nous avons pu réunir 18 cas de démence précoce, 11 femmes et 7 hommes, et dans le cours de ce travail nous présenterons le nom de chacun de nos malades par des chiffres (1).

I. — SANG.

Nous ne publierons pour le moment que le résultat de nos numérations des globules blancs. Ces numérations sont rapportées à la centaine et résultent de

(1) Les observations cliniques des malades dont il est question dans cette étude, ont été publiées pendant que ce travail était sous presse dans la thèse de Chénais. Paris 1902.

moyennes faites sur 300. Nous séparerons les différentes variétés suivantes : polynucléaires, grands mononucléaires, petits mononucléaires, intermédiaires, éosinophiles.

Il est difficile de dégager des chiffres que nous publions des conclusions très fermes, car les différentes sortes de globules blancs semblent varier d'un cas à l'autre sans que les causes de ces variations ressortent nettement des particularités de l'observation.

C'est ainsi que nous voyons les polynucléaires diminués dans 5 cas, normaux dans 9, et augmentés dans 4 cas. Cependant un résultat est assez net, et il consiste dans l'augmentation du nombre des éosinophiles dans 12 cas. On admet qu'il en existe normalement 1 p. 100, et nous trouvons une moyenne de 3,4 p. 100 chez nos déments précoce.s.

Numéros.	Polynucléaires.	Grands mononucléaires.	Petits mononucléaires.	Intermédiaires.	Eosinophiles.
1	54	20	18	1	7
2	55	7	32	3	3
3	64	12	21	2	1
4	73	8	12	3	4
5	54	5	38	1	2
6	60	8	28	4	0
7	62	9	24	2	3
8	77	9	10	1	3
9	65	6	28	0	1
10	60	26	11	2	1
11	51	11	31	3	4
<i>Femmes.</i>					
1	59	14	10	7	10
2	65	18	15	6	6
3	72	14	12	1	1
4	64	10	18	7	1
5	63	16	16	0	5
6	63	14	11	10	2
7	74	10	8	4	4
<i>Hommes.</i>					
1	59	14	10	7	10
2	65	18	15	6	6
3	72	14	12	1	1
4	64	10	18	7	1
5	63	16	16	0	5
6	63	14	11	10	2
7	74	10	8	4	4

Nous publierons ultérieurement le résultat de nos

recherches sur l'isotonie des globules rouges et sur la toxicité du sérum sanguin.

II. — URINES.

Nos recherches ont porté sur :

- 1^o La densité ;
- 2^o La teneur en urée ;
- 3^o La teneur en phosphates ;
- 4^o La teneur en chlorures ;
- 5^o Nous avons également recherché l'existence de l'albumine, l'urobilin, l'indican et les pigments biliaires.

1^o *Densité.* — On sait que la densité normale de l'urine peut varier de 1018 à 1026. Cette densité suit généralement les variations de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures. Il ne nous a pas toujours été possible d'étudier, d'une façon rigoureusement précise, les variations de ces deux données. En effet, un certain nombre de nos sujets sont gâteux et on se heurte à des difficultés presque insurmontables quand on veut recueillir la totalité des urines de vingt-quatre heures. Cependant, particulièrement chez les hommes, nous avons pu serré d'assez près la question et constater que dans certains cas la densité des urines était notablement augmentée malgré une émission supérieure à la normale, cette quantité étant cependant dans le plus grand nombre des cas hyponormale. Dans le tableau qui va suivre, nous ne donnerons les quantités d'urine que pour les hommes. Ces quantités résultent de la moyenne faite pendant onze jours successifs ; les densités résultent également de la moyenne faite pendant la même durée de temps.

NUMÉ- ROS	QUANTITÉS d'urines.	DENSITÉ		
		Au dessous.	Normale.	Au dessus.
<i>Femmes.</i>				
1	»	»	»	1.027
2	»	»	»	1.030
3	»	»	»	1.039
4	»	»	1.025	»
5	»	»	1.022	»
6	»	»	»	1.032
7	»	»	»	1.027
8	»	1.014	»	»
9	»	»	1.024	»
10	»	»	»	1.030
11	»	»	»	1.038
<i>Hommes.</i>				
1	828	»	»	1.029
2	1.390	»	»	1.034
3	706	»	»	1.042
4	1.352	»	1.018	»
5	898	»	»	1.033
6	1.280	»	»	1.029
7	1.122	»	»	1.030

La moyenne générale de la densité pour tous les cas est de 1.029.

Il est donc manifeste que dans 13 cas sur 18, la densité des urines est notablement augmentée. Cette augmentation est remarquablement constante chez les mêmes malades, et les chiffres ont fort peu varié d'un jour à l'autre pendant toute la durée de l'observation. La raison de cette augmentation restait à déterminer et nous avons successivement passé en revue les principaux matériaux normaux de l'urine.

2° *Urée.* — La quantité d'urée contenue dans les urines des aliénés a donné lieu à quelques travaux. Melville-Hébrard (1) a trouvé que la quantité d'urée dimi-

(1) Melville-Hébrard. De l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie. *American Journal of Insanity*, avril 1898, vol. LIV, page 503.

nue chez les mélancoliques pendant la durée des phénomènes délirants pour revenir ensuite à la normale.

Klippel et Serveaux (1) ont trouvé des résultats très variables, quant à la quantité d'urine et à l'excrétion de l'urée aux différentes périodes de la paralysie générale. La moyenne des 32 cas qu'ils ont étudiés, fournit le chiffre de 20 gr. 892 par vingt-quatre heures, légèrement inférieur à la normale.

Gilles de la Tourette et Cathelineau, dans une série de travaux, tendent à admettre que les excreta sont diminués dans l'attaque d'hystérie et augmentés dans l'attaque d'épilepsie.

Dide et Stermit (2) concluent de leurs recherches basées sur 240 analyses pratiquées sur les urines de 35 malades, que la polyurie est presque constante dans l'épilepsie et plus marquée dans l'intervalle des crises, et que l'urée par vingt-quatre heures est à peu près normale les jours de crises (30 gr. 17) et légèrement supérieure à la normale dans les intervalles (34 gr. 09).

D'une façon générale, on sait que l'urée diminue dans les affections chroniques du foie, dans les différents cancers, le rhumatisme articulaire, le pemphigus, la dermatite exfoliante, etc.

La quantité d'urée normale peut être déterminée, d'après Parkes, en multipliant le nombre de kilogrammes d'individu par 0,50. Cette donnée n'a d'intérêt qu'autant que les chiffres oscillent autour de la normale, et ceux que nous possédons sont tellement inférieurs que nous admettrons simplement comme normale une excréption variant de 18 à 26 grammes par litre. Nous adop-

(1) Klippel et Serveaux. *Contribution à l'étude de l'urine dans la paralysie générale.*

(2) Dide et Stermit. *La polyurie et l'excrétion de l'urée dans l'épilepsie.*

terons la notation par litre, étant donné que dans un certain nombre de cas, notamment chez les femmes, nous ne sommes pas sûrs de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures.

URÉE PAR LITRE

NUMÉROS

Au dessous.	Normale de 18 à 26 gr.	Au dessus.
-------------	---------------------------	------------

Femmes.

	gr.	gr.
1	10 32	»
2	13 23	»
3	»	20 36
4	13 12	»
5	5 27	»
6	15 83	»
7	11 49	»
8	6 53	»
9	7 27	»
10	10 78	»
11	13 51	»

Hommes.

1	9 00	»	»
2	11 88	»	»
3	16 79	»	»
4	10 00	»	»
5	»	20 17	»
6	9 98	»	»
7	14 13	»	»

Ces dosages ont été faits avec l'appareil de Leconte, en tenant compte des corrections de température et de pression extérieures. L'hypobromite de soude a été essayé chaque jour sur des urines normales, de façon à éviter l'erreur due à une réduction insuffisante.

Il est manifeste que, dans 16 cas sur 18, la quantité d'urée émise est considérablement inférieure à la normale. La moyenne totale des 18 cas résultant d'une moyenne de 7 analyses, c'est-à-dire en tout 126 analyses, nous donne un chiffre de 11 gr. 66, qui représente

410 RECHERCHES UROLOGIQUES ET HÉMATOLOGIQUES

une quantité d'urée inférieure à la moitié de la quantité normale.

Il est donc évident que l'augmentation de densité ne saurait être imputée à la quantité d'urée.

3^e *Phosphates.* — Les phosphates des urines dépendant en grande partie de la décomposition de la lécithine abondamment représentée dans le système nerveux, il était logique de rechercher les variations de cet élément chez nos malades. Les travaux sont d'ailleurs assez nombreux où l'on étudie les phosphates dans les urines des nerveux. Ces sels sont augmentés dans la méningite cérébro-spinale (Grimm), dans la paralysie agitante (Chéron, Mosset et Barral).

D'après Lépine et Jacquin (1), les phosphates terreux sont augmentés pendant le vertige épileptique, de même qu'en dehors des convulsions ; après l'accès, ce sont au contraire les phosphates alcalins. Mairet (2) admet que dans la manie les phosphates sont augmentés.

Les phosphates sont diminués dans les maladies chroniques du cerveau (Mendel), dans la démence (Decke) et, fait qui nous intéresse davantage, dans la catalepsie (Brock et Strubing). Gilles de la Tourette et Cathelineau (3) disent que la diminution simultanée de l'urée, de l'azote total, de l'acide phosphorique et l'inversion de la formule des phosphates sont caractéristiques de la crise d'hystérie et des manifestations équivalentes (sommeil hypnotique etc.).

Nos recherches ne nous ont pas donné des résultats complètement concordants.

(1) Lépine et Jacquin. — *Revue mensuelle*, 1879.

(2) Mairet. — *Compte-rendu de la Société de Biologie*, 1884, n°s 27 et 28.

(3) Gilles de la Tourette et Cathelineau. — *Compte-rendu de la Société de Biologie*, T. XLII, page 29 et 701, 1890.

PHOSPHATES PAR LITRE

NUMÉROS

	Normal.		
	Au dessous.	1 gr. 50 à 2 gr. 50.	Au dessus.
<i>Femmes.</i>			
g r.	gr.	gr.	
1	"	"	3 74
2	"	1 57	"
3	"	"	3 13
4	"	2 12	"
5	"	2 05	"
6	"	1 76	"
7	1 17	"	"
8	1 13	"	"
9	1 20	"	"
10	"	1 51	"
11	1 13	"	"
<i>Hommes.</i>			
1	1 35	"	"
2	0 72	"	"
3	"	"	2 54
4	1 26	"	"
5	"	2 44	"
6	1 15	"	"
7	"	1 52	"

La moyenne totale de nos 18 cas nous fournit le chiffre de 1 gr. 80 qui est à peu près normal. Nous nous proposons d'étudier ultérieurement les variations respectives des phosphates alcalins et des phosphates terreaux.

Nos dosages ont été faits en précipitant les phosphates à l'état de phosphate d'urane, au moyen d'une solution titrée d'accétate d'urane par le procédé classique.

Il est incontestable en tous cas que les phosphates ne sont pas augmentés dans les urines des déments précoce, et que jusqu'à présent leur formule urinaire se rapproche assez de celle qui a été indiquée par Gilles de la Tourette et Cathelineau comme caractéristique de l'attaque d'hystérie et des états équivalents, bien que

412 RECHERCHES UROLOGIQUES ET HÉMATOLOGIQUES

le parallélisme entre la diminution de l'urée et des phosphates n'existe pas ici.

4° *Chlorures.* — Poehl a donné le rapport de 1 à 2, comme représentant normalement les quantités respectives des chlorures (en NaCl) et d'urée (1). Ce rapport diminue si les oxydations sont moins intenses et si (toujours d'après l'auteur que nous citons) il y a accumulation de leucomaiïnes xanthiques, créatiniques et de ptomaïnes, c'est-à-dire auto-intoxication. Les conceptions actuelles sur la catatonie, qui tendent à rapporter cet état à des phénomènes auto-toxiques, pouvaient faire supposer que les chlorures seraient diminués chez nos malades qui tous, sauf deux, présentent la forme catatonique de la démence précoce. Les résultats que nous avons obtenus, nous ont démontré qu'il en va tout autrement. La quantité normale de chlorures contenus dans l'urine par litre est de 8 à 12 grammes. Nous allons voir que cette proportion est considérablement accrue chez nos malades.

CHLORURES PAR LITRE

NUMÉROS	Normal, 8 à 12 gr.		Au dessus.
	Au dessous.		
<i>Femmes.</i>			
gr.	gr.	gr.	ga.
1	"	"	19 68
2	"	"	18 56
3	"	"	15 70
4	"	9 08	"
5	"	"	17 29
6	"	"	18 61
7	"	"	19 84
8	4 38	"	"
9	"	"	12 20
10	"	"	17 89
11	"	"	22 08

(1) Poehl. — *Zeisch. f. klin. Medic.* 1894. T. XXVI, fasc. 1 et 2.

NUMÉROS	CHLORURES PAR LITRE		
	Au-dessous.	Normal, 8 à 12 gr.	Au-dessus.
<i>Hommes.</i>			
1	"	"	20 07
2	"	"	18 40
3	"	"	19 18
4	"	10 42	"
5	"	10 98	"
6	"	"	18 57
7	"	"	16 60'

Ces résultats sont remarquablement concordants et nous voyons que, dans 14 cas sur 18, les chiffres sont nettement supérieurs à la normale. La moyenne des 18 cas représentant chacun 6 examens, soit en tout 108 analyses, nous donne le chiffre de 16 gr. 09, évidemment au-dessus de la normale. Cette augmentation absolue du chiffre des chlorures permet-elle d'expliquer l'augmentation de la densité ? Nous ne saurions l'affirmer, et il est probable que d'autres matériaux, peut-être parmi les substances extractives, sont augmentés.

5° Nous avons recherché quotidiennement l'albumine chez nos malades et cela avec d'autant plus de soin que plusieurs d'entre eux présentaient des œdèmes. Chez ces derniers, nous n'avons jamais constaté la présence d'albumine. L'homme inscrit sous le numéro 4 a présenté pendant trois jours une quantité d'albumine variant de 0 gr. 25 à 0 gr. 50. Cet élément anormal a paru, puis disparu, sans que rien dans l'alimentation du malade fût modifié et sans que la physionomie clinique changeât (stupeur).

Nous n'avons jamais trouvé d'indican non plus que de matières colorantes de la bile.

Toutes ces urines ont été examinées au spectroscope et nous n'avons constaté l'existence d'urobiline que dans un seul cas (n° 9 des Femmes).

414 RECHERCHES UROLOGIQUES ET HÉMATOLOGIQUES

Nous pouvons conclure de nos recherches que, dans la démence précoce :

1° Parmi les globules blancs, les éosinophiles sont plus nombreux que normalement ;

2° La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est légèrement au-dessous de la normale ;

4° L'urée est nettement diminuée ;

5° Les phosphates sont à peu près normaux comme quantité ;

6° Les chlorures sont évidemment augmentés ;

7° L'albuminurie même intermittente est exceptionnelle. Il est très rare de constater l'existence d'urobiline.

supplémentaire soit albuminurie

**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 GARNIÉR

Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

Mémoire couronné par la Société médico-psychologique

(Prix Semelaigne).

Suite (1).

Administrateur judiciaire. — Le projet de loi prévoit le cas où l'administration des biens de l'aliéné serait une charge trop lourde, et, dans le premier paragraphe de son article 55, il est dit que « les parents, le conjoint, l'associé de l'aliéné, l'administrateur provisoire et le procureur de la République pourront toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire ».

Il importeraient de spécifier nettement quels sont les parents qui ont qualité pour se pourvoir ainsi, en vue de la nomination d'un administrateur judiciaire : faut-il entendre les mots « les parents » dans un sens restri-

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1901, janvier-février, mars-avril, mai-juin et septembre-octobre 1902.

tif et est-il nécessaire qu'ils soient compris dans l'énumération de l'article 9, paragraphe 1^{er}, pour pouvoir agir? Ou bien, quel que soit le degré de parenté, ont-ils qualité pour intervenir? Il me semble plus utile aux intérêts de l'aliéné de restreindre le droit d'intervention aux parents désignés à l'article 9. La nomination de l'administrateur judiciaire serait faite par le tribunal civil du domicile en chambre du conseil; mais lorsqu'elle est demandée par les parents, le conjoint et l'associé, elle doit être nécessairement précédée de l'avis du Conseil de famille (art. 55). Ces formalités remplies, le tribunal est-il maître de rejeter la nomination qui lui est demandée? Je ne le pense pas, car ce serait faire échec à la loi; la nomination d'un administrateur par le tribunal me semble obligatoire pour lui, mais son choix me paraît tout à fait libre et il ne doit s'inspirer que des intérêts de l'aliéné.

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire (art. 59) seront, quant aux biens, les mêmes que ceux du tuteur de l'interdit; toutefois il est dérogé, en principe, au point de vue de sa responsabilité de la gestion, aux conséquences de l'article 2121 du Code civil; mais, sur la demande des parties intéressées, du curateur ou du procureur de la République, toujours appelé à connaître des causes intéressant un aliéné séquestré, le jugement qui nommera l'administrateur judiciaire pourra constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement, comme pour l'administrateur datif. Par dérogation à l'article 461 du Code civil, en ce qui concerne les successions ouvertes au profit d'un aliéné interdit, que le tuteur ne peut ni répudier ni accepter que sous bénéfice d'inventaire, le tout sans autorisation préalable du Conseil de famille, l'article 59, paragraphe 4, du projet de loi édicte que les successions ouvertes au profit d'un

aliéné séquestré ne seront répudiées qu'avec l'autorisation du Conseil de famille homologuée par le tribunal civil, l'autorisation de la Commission de surveillance ne pouvant suppléer, en ce cas, l'autorisation du Conseil de famille, alors qu'elle suffirait pour l'acceptation bénéficiaire. Enfin le même article décide que le texte de l'article 511 du Code civil s'appliquera aux aliénés placés dans un établissement public ou privé, et, on aurait pu ajouter, dans une colonie familiale. L'inscription de l'hypothèque spéciale ou générale sur les biens de l'administrateur judiciaire, au profit de l'aliéné, devra être faite par le procureur de la République, dans la quinzaine qui suit le jugement.

Toutes ces dispositions nouvelles semblent suffisamment complètes et dans tous les cas garantir la bonne gestion des biens de l'aliéné. L'étendue des pouvoirs donnés par l'article 59, tant à l'administrateur datif qu'à l'administrateur judiciaire, mérite de nous y arrêter un peu, avant de parler du rôle du curateur dont les fonctions, au point de vue du contrôle de la gestion des biens de l'aliéné séquestré, sont si importantes et si capitales qu'on peut dire qu'elles parachèvent le but poursuivi par le législateur.

Les pouvoirs de l'administrateur datif et judiciaire seront (art. 59) les mêmes que ceux du tuteur de l'interdit; or l'interdit, porte l'article 509 du Code civil, est assimilé au mineur pour sa personne et pour ses biens : les lois sur la tutelle des mineurs s'appliquent donc à la tutelle des interdits et, par suite, devront s'appliquer aux aliénés séquestrés envisagés comme des interdits virtuels. Quels sont donc les pouvoirs du tuteur? Le tuteur, dit le Code, représente le mineur dans l'administration de ses biens.

Or représenter un incapable dans les actes de la vie civile, c'est être substitué à cette personne dans les actes

qui doivent produire un effet de droit pour ou contre elle ; c'est parler, c'est agir, vendre, acheter, emprunter, plaider pour elle et en son nom.

Les actes d'un tuteur agissant pour le compte de son pupille doivent être divisés en *actes permis* et en *actes interdits*.

Les actes qui sont permis au tuteur se rangent en trois catégories, savoir : 1^e Les actes qu'il peut faire seul ; 2^e les actes pour lesquels l'autorisation du Conseil de famille est nécessaire, mais suffisante ; 3^e les actes qu'il ne peut faire qu'avec l'autorisation du Conseil de famille et l'homologation du tribunal.

A. — *Actes que le tuteur peut faire seul.* — En général, le tuteur peut faire seul tous les actes de simple administration et de conservation. Exemples : percevoir les revenus et en donner quittance ; recevoir et faire le paiement des capitaux dont le mineur est créancier ou débiteur ; capitaliser les épargnes en les employant ; exercer des actions mobilières ; défendre aux actions immobilières ; ordonner les réparations conservatrices des biens ; vendre les meubles ; enfin passer bail des immeubles, mais limités quant à leur durée, n'excédant pas neuf années. Le tuteur doit faire vendre dans le mois qui suit la clôture de l'inventaire (art. 1167 et 1133 du Code civil) les meubles autres que ceux que le Conseil de famille l'a autorisé à conserver en nature ; mais la loi n'entend parler ici que des meubles corporels, et non des meubles incorporels tels que créances, rentes, actions, valeurs, etc. La vente ne peut être amiable, mais faite aux enchères par un officier public avec affichage et publication ; pour les rentes au-dessous de cinquante francs, il peut les vendre sans autorisation, mais au cours de la Bourse, et au delà de cinquante francs avec autorisation du Conseil de famille.

B. — *Actes pour lesquels l'autorisation du Conseil*

est nécessaire, mais suffisante. — Le tuteur a besoin de cette autorisation, mais elle lui suffit :

- 1° Pour répudier une succession échue au mineur.
- 2° Pour accepter une succession.

On conçoit fort bien que le tuteur, non seulement ne puisse accepter purement et simplement une succession pour le mineur, mais soit tenu de ne l'accepter que sous bénéfice d'inventaire (art. 461 du Code civil), et avec l'autorisation du Conseil de famille, si l'on réfléchit que l'héritier même bénéficiaire risque de perdre. En effet, tout héritier même bénéficiaire est obligé de rapporter à la succession, c'est-à-dire de remettre ou de laisser dans la masse partageable, les biens que le défunt lui a donné ou légués. L'héritier même bénéficiaire perdrat donc, lorsque la masse des biens qu'il aurait conservée en sa qualité de donataire ou de légataire est plus forte que la part qu'il recueille comme héritier ; de là, nécessité de consulter le Conseil de famille.

Dans le projet de loi Dubief (art. 59, paragraphe 4), il y a une petite addition aux conditions légales exigées pour l'acceptation ou la répudiation de la qualité d'héritier au nom du mineur. L'autorisation du Conseil de famille doit être homologuée par le tribunal, quand il s'agit d'une répudiation, et la commission de surveillance ne peut se substituer au Conseil de famille pour donner l'autorisation au tuteur de répudier pour l'aliéné. S'il s'agit d'une acceptation bénéficiaire, l'autorisation donnée au tuteur par la commission de surveillance suffit ; mais il faut toujours l'homologation du tribunal :

- 3° Pour accepter une donation offerte au mineur.
- 4° Pour former en justice une demande relative aux droits immobiliers du mineur, ou pour acquiescer à une demande relative aux mêmes droits.
- 5° Pour intenter une demande en partage mobilier ou immobilier.

6° Pour vendre des rentes sur l'État au-dessus de 50 francs de revenu ou des actions de la Banque de France.

C. — *Actes pour lesquels la loi exige tout à la fois l'autorisation du Conseil de famille et l'homologation du tribunal :*

1° Pour emprunter.

2° Pour hypothéquer.

3° Pour aliéner les immeubles.

4° Pour transiger (avec avis préalable de trois juris-consultes désignés par le procureur de la République).

Actes interdits. — Les actes qui sont absolument interdits au tuteur sont :

1° Accepter purement et simplement une succession échue au mineur.

2° Faire pour le mineur un compromis, c'est-à-dire régler une affaire par arbitres au lieu du tribunal.

3° Disposer à titre gratuit, c'est-à-dire par donation, des biens du mineur.

4° Acheter, soit amiablement, soit aux enchères, des biens mobiliers ou immobiliers de son mineur. (Il peut les prendre toutefois à bail ou à loyer avec l'autorisation du Conseil de famille.)

5° Accepter la cession d'aucun droit ou créance contre le mineur.

En se cantonnant dans les attributions que lui confère notre législation relative à la tutelle, l'administrateur judiciaire, comme d'ailleurs l'administrateur datif, aura des pouvoirs largement suffisants pour gérer un patrimoine de quelque importance qu'il soit, sans recourir à l'interdiction, et comme les dispositions de l'article 511 du Code seront encore applicables dans l'espèce, que l'aliéné soit placé dans un établissement public ou privé, il devient évident que, si le jugement même de nomination de l'administrateur judiciaire ou la délibération du

Conseil de famille homologuée par le tribunal et désignant l'administrateur datif, constituent une hypothèque générale ou spéciale sur leurs biens, il devient évident, dis-je, que les garanties d'une protection efficace des biens de l'aliéné séquestré seront aussi parfaites que possible.

Ces sages mesures protectrices seraient toutefois vaines dans bien des cas, si un contrôle sérieux, effectif et permanent n'était pas organisé pour en vérifier sérieusement le fonctionnement.

Il est présumable, en effet, que l'administrateur datif sera toujours pris dans les héritiers présomptifs de l'aliéné, et que, par suite, ses intérêts étant contraires à ceux de son quasi-pupille, ces derniers pourraient être sacrifiés aux premiers. Il est possible même que l'administrateur judiciaire soit encore dans le même cas ; car le projet de loi étant muet à cet égard, on n'est pas fixé sur le point de savoir si l'administration judiciaire sera une charge publique et gratuite, comme la tutelle à laquelle elle est en principe assimilée. Tous ces motifs légitiment donc un contrôle aussi désintéressé que sérieux ; le projet de loi l'organise par l'institution d'un curateur.

Ce mot de curateur n'est pas nouveau dans le langage juridique, car employé dans bien des cas particuliers, il s'applique encore notamment à la fonction prévue dans l'article 38 de la loi de 1838 ; mais le curateur ainsi institué, outre qu'il n'est pas obligatoire, n'est attaché qu'à la personne de l'aliéné séquestré. S'il doit veiller à ce que les revenus de celui-ci soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison et à ce que le malade soit rendu au libre exercice de ses droits, dès que sa situation le permettra, son rôle se borne là et ne s'étend pas à la surveillance de la gestion du patrimoine. Tout autre est celui du curateur du projet de loi Dubief.

Curateur.— La mission de ce curateur est tracée dans l'article 53 de la manière suivante. Il devra veiller : 1^o à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à l'adoucissement de son sort et à accélérer sa guérison, conformément à l'article 510 du Code civil (chapitre II, t. XI, livre I) ; 2^o à ce qu'en cas d'évasion ou de sortie provisoire, il n'accomplisse aucun acte de nature à nuire à ses intérêts ; 3^o à ce qu'il soit rendu à l'exercice de ses droits dès que sa situation le permettra (ceci toutefois me paraît difficile à exécuter).

Pour remplir son mandat, ce curateur pourra provoquer la réunion du Conseil de famille et le saisir de toute proposition tendant à la bonne gestion des intérêts de l'aliéné et pourra notamment faire appel devant le tribunal civil contre le tuteur (c'est-à-dire même quand l'aliéné est interdit), le mari, l'administrateur provisoire légal, judiciaire, datif, de toute mesure ordonnée ou autorisée par le Conseil de famille ou la commission de surveillance, qui lui paraîtrait de nature à nuire aux intérêts de l'aliéné. De plus, il recevra (art. 57 du projet) de la personne chargée de l'administration des biens d'un aliéné, que ce soit le tuteur, le mari, l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, un état de la situation de fortune de l'aliéné qu'il doit protéger quant à ses biens, une fois à l'entrée en fonctions des personnes ci-dessus désignées, et ultérieurement tous les ans. C'est à la demande du curateur (art. 59) qu'il pourra être constitué sur les biens de l'administrateur judiciaire dans le jugement du tribunal qui le nommera, une hypothèque générale ou spéciale. Enfin il intervendra de droit (art. 60) dans les procédures suivantes : en instance, en interdiction, en divorce, en séparation de corps ou de biens, en désaveu de paternité, en maintenue du placement ou en sortie de l'établissement. Si j'ajoute que les pouvoirs du curateur s'étendront (art. 18 du

projet) aux biens des personnes aliénées séquestrées à l'étranger et qu'il fera partie de droit de la commission de surveillance instituée (art. 5 du projet), on conviendra volontiers que la fonction du curateur sera véritablement capitale et qu'elle dominera, en réalité, toute l'économie de la loi proposée, notamment en ce qui concerne l'administration des biens de l'aliéné séquestré. Comme sa fonction s'étendra même à la protection des biens de l'aliéné interdit et que tout aliéné séquestré en bénéficiera, sans qu'il y ait besoin de distinguer le lieu de la séquestration, il devient évident que l'interdiction ne sera plus une mesure utile à l'aliéné séquestré, et qu'une fois celle-ci prononcée, si l'aliéné interdit venait à être séquestré ensuite, il trouverait dans le curateur un protecteur légal contre les agissements de son tuteur. En effet, bien que le tuteur de l'interdit ait un subrogé tuteur chargé d'une sorte de contrôle de sa gestion, il n'en est pas moins vrai qu'à un moment donné, quand l'aliéné interdit ne sera pas séquestré, son tuteur pourra vendre, sans autorisation du Conseil de famille, les meubles incorporels de son pupille et cela à l'amiable, déterminant seul, sous sa responsabilité, le prix et les autres conditions de la vente, ce qui peut ouvrir la porte à des dilapidations.

Si l'on se place au seul point de vue de l'intérêt de l'aliéné et de la conservation de son patrimoine, le curateur dont nous avons énuméré les pouvoirs futurs deviendra le véritable et seul défenseur de ses droits, puisque son contrôle légal sera presque universel. Pour remplir ce rôle tutélaire, il faudra une telle somme quotidienne de travail, d'attention, de capacité et de dévouement, qu'on se prend à douter qu'il puisse se rencontrer facilement quelqu'un capable de la fournir, à moins de s'y consacrer entièrement. Or, le projet de loi semble avoir totalement négligé cet aspect véritable de la ques-

tion, que tant vaut l'homme, tant vaut la fonction, et il est muet sur les conditions de recrutement du curateur, se bornant à dire au 4^e paragraphe de l'article 10 : « Qu'il est pourvu de même que pour les administrateurs provisoires, à la nomination ou désignation des personnes chargées des fonctions de curateur à la personne. » C'est vraiment un peu trop laconique, quand on songe aux seules conditions de moralité et de capacité que devra remplir tout d'abord un curateur, dans l'accomplissement de ses fonctions, bien qu'il doive avoir au-dessus de lui le procureur de la République, dont l'intervention est d'ailleurs multipliée dans le projet de loi et doit notamment être appelé à connaître de toutes les causes où intervient un aliéné.

Le curateur doit pouvoir honorer sa fonction nouvelle, et je n'hésite pas à déclarer qu'à mon sens, cette condition ne sera remplie qu'autant que le curateur sera un fonctionnaire public ; c'est d'un fonctionnaire public seul qu'on pourra exiger qu'il consacre son temps à une œuvre délicate et absorbante ; partant, il devra être rétribué convenablement, mais recruté, d'un autre côté, dans des conditions tout à fait sérieuses.

On dira sans doute, encore un fonctionnaire de plus, alors qu'il y en a déjà trop ; mais cette objection n'a aucune portée, si l'on veut faire allusion aux charges nouvelles qui en résulteraient pour le contribuable, car le traitement du curateur pourrait être imputé proportionnellement sur les biens des aliénés riches ou simplement aisés et sur les fonds départementaux, qui eux-mêmes récupéreraient certainement des sommes plus fortes qu'aujourd'hui sur les contingents imposés aux familles et à l'aliéné sur ses ressources, par suite de l'intervention directe du curateur dans la gestion des biens. Dans l'état de choses actuel, on dissimule le plus qu'on peut à l'administrateur provisoire, les valeurs mo-

bilières qui peuvent appartenir aux malades internés, et il n'est pas rare de découvrir, même longtemps après l'internement, soit par les confidences du malade au médecin, soit par l'impossibilité où sont les parents de toucher des fonds à la caisse d'épargne, que des livrets sur ces caisses, des actions ou obligations de sociétés financières au porteur, ou même des billets simples souscrits par des tiers, n'ont pas été déclarés faire partie de l'avoir du malade et échappent ainsi aux mesures légales qui en assurent la conservation.

La nécessité de la création d'un curateur admise, on comprend qu'il devra veiller à ce que toutes ces fissures par lesquelles s'échappe la substance du patrimoine du malade séquestré soient supprimées. Son rôle devant être de veiller à ce que les revenus du malade soient employés à adoucir son sort, il aura pour mission, à ce point de vue, non seulement pour les aliénés aisés et riches de contrôler la gestion des biens faite, soit par le mari, soit par l'administrateur datif ou judiciaire, mais encore, pour les aliénés au compte du département, de rechercher si leur patrimoine, tant petit soit-il, ne serait pas accaparé par des proches. Si le malade vient à guérir, il importe qu'à sa sortie il retrouve tout ce qui lui appartient et s'il doit être maintenu à l'établissement, il importe aussi, non moins impérieusement, que le revenu de son avoir soit consacré à alléger les charges d'une assistance dont il est bénéficiaire. Malheureusement la loi en préparation ne s'est pas assez préoccupée d'organiser la procédure qu'il serait nécessaire d'adopter pour mettre à même l'administrateur provisoire légal, ou plutôt le curateur, de connaître *de plano* quel est l'avoir de tout aliéné séquestré, et c'est là cependant un point de départ essentiel.

Protection des biens telle qu'elle devrait être. — Le projet de loi Dubief réalise, dans son ensemble, il est

juste de le reconnaître, une meilleure protection que celle de la loi de 1838, des biens des aliénés, en étendant cette protection à tous les aliénés séquestrés, quelle que soit la nature de l'établissement; par l'extension qu'il donne aux pouvoirs des administrateurs des biens, il rend leur intervention plus fréquente et plus efficace et permet d'éviter plus souvent l'interdiction; enfin, par la création obligatoire d'un curateur, il institue un contrôle réellement effectif des mesures prises dans l'intérêt d'une gestion loyale des biens des aliénés internés. Mais toutes ces améliorations, excellentes en elles-mêmes, apparaissent comme la résultante du fonctionnement d'un organisme que le projet de loi rend trop touffu.

A mon sens, dès qu'il s'agira d'un aliéné riche ou seulement aisé, dont la séquestration deviendra nécessaire, la famille s'empressera de lui faire nommer conformément à la loi un administrateur datif ou même un administrateur judiciaire; dès lors pourquoi, car les raisons invoquées dans l'exposé des motifs ne paraissent guère probantes, n'avoir pas maintenu aux commissions administratives ou de surveillance l'obligation de désigner un ou plusieurs de leurs membres pour gérer les biens des aliénés? Et en effet, si l'on admet que tous les aliénés séquestrés riches ou aisés, seront à bref délai pourvus d'un administrateur datif ou judiciaire; que les femmes mariées aliénées et non séparées de biens auront de droit leur mari comme administrateur; que la femme, non séparée de corps, dont le mari sera aliéné séquestré, pourra être autorisée à faire certains actes d'administration; qu'enfin l'associé commercial d'un individu devenu aliéné interné conservera souvent la direction des affaires communes, on voit qu'il restera fort peu d'aliénés séquestrés dont il y aura lieu alors de faire gérer le patrimoine par l'administrateur

provisoire légal. Il devient donc évident que, dans ces conditions, on ne saisis plus la nécessité d'établir l'administration provisoire légale sous une forme dualiste; le ministre de l'Intérieur intervenant pour nommer un administrateur, dans le cas seulement où la Commission de surveillance n'aurait pas jugé à propos d'en désigner un dans son sein, et s'abstenant dans le cas contraire. Il semble que le *statu quo* actuel serait d'autant mieux préférable à la combinaison compliquée du projet de loi, que la besogne réelle de l'administrateur devra être bien moins étendue que celle qui résulte du fonctionnement de la loi en vigueur actuellement. On voit mal la raison de rompre avec les habitudes déjà anciennes créées par la loi de 1838, en matière de désignation de l'administrateur provisoire légal, alors qu'il n'est pas démontré que les intérêts pécuniaires de l'aliéné aient réellement jamais périclité du fait de la négligence de l'administrateur désigné par la commission, malgré la gratuité de ses fonctions. Je suis donc, pour mon compte, résolument hostile à la création d'un administrateur provisoire payé et désigné par le ministre, dans les conditions du projet de loi. J'estime que ce rouage futur de la loi est une superfétation onéreuse et quand on peut maintenir à la Commission de surveillance le choix dans son sein d'un administrateur qui gérera gratuitement les biens, pourquoi se lancer dans l'inconnu?

En dehors de cet administrateur dont la nomination est assurée ainsi par le jeu même de la loi, avec une procédure quasi-automatique, il resterait encore pour les cas qui méritent une attention plus soutenue dans la gestion des biens, deux autres administrateurs, dont les fonctions continueront à être pour eux une charge publique et gratuite, comme la tutelle. N'est-ce pas amplement suffisant? Le mécanisme institué pour la

protection du patrimoine de l'aliéné séquestré s'adapterait ainsi à toutes les situations de fait.

Il est bien clair qu'avant la nomination de ces deux derniers administrateurs (datif et judiciaire), l'administrateur provisoire légal sera, s'il y a lieu, compétent et que si, par hasard, il a fonctionné, il remettra, ultérieurement, toutes les pièces de sa gestion à qui de droit.

Le projet de loi a encore négligé totalement d'indiquer ce qu'il conviendrait de faire, dès que l'internement de tout aliéné non interdit est chose accomplie : c'est une autre grave lacune, car pour mettre à même l'administrateur provisoire d'exercer fructueusement sa mission, il faudrait lui donner le plus tôt possible une base certaine d'opération. Cette base, au point de vue de la protection des biens de l'aliéné qui vient d'être séquestré, devrait être légalement constituée par l'inventaire immédiat de ce qu'il possède. Rien dans le projet de loi ne vise l'obligation de cet inventaire qui serait préventif de tout détournement; même négatif, il aurait encore son utilité. Aussi serait-il désirable qu'aucun placement ne puisse être fait, sans qu'il s'ensuive un inventaire qui serait dressé, dans les vingt-quatre heures, au départ de l'aliéné pour l'établissement d'aliénés, par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police.

Les pouvoirs attribués par différents articles du projet de loi à l'administrateur provisoire légal, datif ou judiciaire, me semblent suffisamment étendus et détaillés pour qu'ils soient acceptables; au fur et à mesure de la mise en pratique de la loi qui sera votée et qui, en ce qui concerne l'administration des biens, ne restreindra pas les attributions futures des administrateurs visés, au fur et à mesure, dis-je, de la mise en pratique, la jurisprudence éclairera les points litigieux, ce qui nous

dispense de nous en préoccuper ici et nous arrivons ainsi à la création maîtresse du projet, je veux parler du curateur.

J'ai déjà fait entrevoir l'obscurité qui règne dans les dispositions qui présideraient à son investiture, je n'y reviendrai pas ; mais il est bon d'insister encore sur l'opportunité et même la nécessité de sa création. Le curateur doit être, par définition, celui qui a cure de la personne et des biens de l'aliéné séquestré ; ses pouvoirs pour l'accomplissement de sa tâche dominent tous les autres et s'étendront même jusqu'au contrôle des agissements du tuteur de l'aliéné interdit. Je ne me plains point de cette omnipotence légale que lui donne le projet Dubief, au contraire j'y souscris avec empressement ; mais ce qui m'inquiète, c'est la façon dont il sera recruté. S'il n'est pas payé, il ne contrôlera rien ou presque rien et son contrôle de façade couvrira les mêmes abus et les mêmes irrégularités, non point sciemment, mais par laisser-aller. On ne peut songer à donner un curateur à chaque aliéné, car il est impossible de faire de cette curatelle une charge publique et gratuite, puisqu'on doit écarter d'elle les héritiers présumptifs. Il faut donc de toute nécessité entourer la nomination du curateur de toutes les garanties que doit comporter son rôle énorme, et pour tous ces motifs sommaires, mais suffisants, il faut qu'il soit un fonctionnaire salarié. J'ai déjà répondu à l'objection tirée de ce que ce fonctionnaire nouveau devra émarger au budget ; en réalité la dépense sera minime, la plus forte partie du traitement qui lui serait attribué devant être récupérée sur les biens des aliénés. Il ne pourrait donc y avoir aucune objection sérieuse de ce côté. La seule difficulté pourrait provenir des conditions futures nécessaires au bon recrutement du curateur ; elle pourrait être facilement supprimée en instituant un concours

sur titres qui indiquerait limitativement les personnes admises à concourir pour la fonction créée, en laissant le soin à un règlement d'administration publique d'établir les règles d'après lesquelles il devra se mouvoir.

Bien qu'il puisse paraître un peu prétentieux de vouloir m'ériger en législateur, j'essaierai néanmoins de faire subir au projet Dubief, dans le sens des critiques que j'ai cru devoir présenter, les modifications que comporterait, à mon sens, une meilleure administration des biens des aliénés et par suite une protection plus efficace encore de leur patrimoine.

Section première du projet. — L'article 5, relatif aux attributions des commissions de surveillance devrait être complété par le 4^e paragraphe qui suit :

« De remplir gratuitement pour les personnes placées, soit dans les établissements publics ou privés d'aliénés, soit dans les colonies familiales, par l'entremise d'un ou de plusieurs membres désignés à cet effet, les fonctions d'administrateur provisoire aux biens. »

Section II. — La rédaction de l'article 10, relatif à la nomination, tant de l'administrateur provisoire que du curateur, serait à remplacer par la suivante :

« Dans chaque département, une ou plusieurs personnes nommées par le ministre de l'Intérieur, sur une liste dressée à la suite d'un concours sur titres, dont un règlement d'administration publique élaboré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique fixera les conditions, remplissent, soit dans toute l'étendue du département, soit dans un seul arrondissement, pour les malades interdits ou non, placés dans les établissements publics et privés, soit dans les colonies familiales, soit à l'étranger, les fonctions de curateur à la personne. »

Section IV. — L'article 48 réglant la question des honoraires de l'administrateur serait à supprimer et à remplacer par le suivant :

« Sont avancés par l'État les traitements des curateurs à la personne, ainsi que les frais de leurs déplacements, mais les avances dont il s'agit seront recouvrées sur le département pour les aliénés indigents d'après les formes établies pour les contributions directes, et pour les autres aliénés, sur leurs biens personnels d'après un tarif arrêté par un règlement d'administration publique. »

Section V. — Paragraphe 2 relatif à l'administration des biens. Avant l'article 53 de ce paragraphe, il serait nécessaire, puisqu'il s'agit d'y régler l'administration des biens, d'intercaler un article nouveau ainsi libellé :

« Le juge de paix, le maire ou le commissaire de police du domicile ou de la résidence habituelle de tout aliéné non interdit, placé dans un établissement public ou conduit à l'Etranger, est tenu de prendre, dès que cet aliéné a quitté son domicile ou sa résidence, des mesures pour la conservation de son patrimoine. A cet effet, soit par le fonctionnaire à qui aura été demandé le visa prescrit à l'article 14 de la loi, quand le placement est volontaire, soit par le maire ou le commissaire de police, quand le placement est fait par l'autorité publique, il sera dressé un inventaire même négatif des biens de toute nature appartenant à cet aliéné. Cet inventaire sera immédiatement transmis par le fonctionnaire qui l'aura dressé, au curateur départemental ou d'arrondissement, suivant le cas. Le curateur saisi informera l'administration provisoire de la situation qui lui est révélée et celui-ci agira en conséquence. »

On le voit, cette addition agrandirait encore le rôle protecteur du curateur à la personne et aux biens, en faveur de tout aliéné séquestré, interdit ou non et par ce moyen, l'aliéné trouverait dans la loi future des garanties sérieuses de la conservation et de la bonne gestion de son patrimoine, même s'il était interdit.

Dans ce dernier cas, en effet, bien que l'interdiction soit en principe une mesure protectrice des biens, en réalité elle les protège ou trop ou pas assez. Elle les protège trop, car le but auquel vise en général le tuteur de l'aliéné interdit, même sous la surveillance du subrogé-tuteur, est de dépenser, le moins possible, pour son pupille séquestré, et elle ne les protège pas assez, en ce sens, que la surveillance du subrogé-tuteur est impuissante aussi, parfois, à empêcher le tuteur de gaspiller le patrimoine de l'aliéné. Le curateur futur aura pour mission de prendre des mesures pour éviter ces deux extrêmes, également préjudiciables à l'aliéné séquestré, sous le rapport de sa personne et de ses biens.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JUIN 1902

Présidence de M. MOTET

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

MM. Philippe, Larroussinie, Marie, Thivet, Trénel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre d'excuses de M. Sollier qui ne peut assister à la séance ;
 - 2° Une lettre de M. Bernard-Leroy, remerciant la Société du prix qu'elle lui a accordé ;
 - 3° Une lettre de M. Castin, remerciant la Société du prix qu'elle lui a accordé ;
 - 4° Une lettre de M. Marchand, remerciant la Société de la récompense qu'elle lui a décernée ;
 - 5° Des lettres de remerciements de MM. Semidalof et Tambroni, nommés membres associés étrangers ;
 - 6° Une lettre de candidature de M. Médéa, de Milan.
- Commission : MM. Christian, Ritti et Moreau (de Tours), rapporteur ;
- 7° Une lettre de candidature de M. Cololian. — Commission : MM. Garnier, Magnan et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Des documents de l'Académie de médecine : Rapport général sur les vaccinations et rapport sur l'hygiène de l'enfance ;

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. XVI. Novembre 1902. 6. 28

2^e Un travail de M. Blaise, intitulé : *A travers la matière et l'énergie* ;

3^e Une brochure de M. Del Greco sur l'*Unité fondamentale des processus psychopathiques*. — M. René Semelaigne veut bien se charger de présenter un rapport sur ce mémoire ;

4^e Un travail de M. Miguel Bombarda : *Conscience et libre arbitre*. — M. Dupain veut bien se charger d'en faire l'analyse ;

5^e Une brochure de M. Jean Cardamatis, intitulée : *Troubles psychiques de l'impaludisme*. — M. Legrain veut bien se charger de présenter un rapport sur ce travail ;

6^e *Annales de la Société belge de neurologie*, n^os 7, 8 et 9 ;

7^e *Revue de l'hypnotisme*, numéro de juin ;

8^e *Bulletin de la Société de tempérance*, n^os 5 et 6 ;

9^e *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, n^os 3 et 4.

Mort de M. Falret.

M. le PRÉSIDENT annonce le deuil cruel qui vient de frapper la Société médico-psychologique par la mort de M. Jules Falret, décédé à Vanves, le 28 mai dernier. Il donne ensuite lecture du discours prononcé par lui sur la tombe de notre tant regretté collègue (V. *Annales méd.-psych.*, numéro de juillet-août 1902, p. 167).

M. Falret ayant été président de la Société, la séance est suspendue pendant dix minutes en signe de deuil.

Prix Aubanel pour 1904.

Sur la proposition de la Commission du prix Aubanel distribué cette année, la Société a adopté la question suivante pour le prix à décerner en 1904 : « Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles. »

Rapports de candidature.

M. LEGRAIN. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de notre regretté collègue M. Fal-

ret, de MM. Vallon et Legrain, à l'effet d'examiner la candidature de M. Edwin Goodall au titre de membre correspondant de notre société.

Notre éminent collègue est médecin en chef de l'asile de Carmarthen, province de Galles (Angleterre). A ce titre déjà, il ne peut qu'honorer notre compagnie, toujours désireuse de s'adoindre des aliénistes de carrière, qui, vivant au contact des aliénés, seul moyen de les bien connaître, peuvent donner un éclat particulier à nos travaux.

Mais, en outre, M. Goodall possède un bagage scientifique considérable qui s'est traduit par de fort nombreuses publications qui se suivent sans arrêt depuis douze années déjà. Il n'y en a pas moins de trente-cinq.

Il serait bien fastidieux de vous donner l'analyse de tous ces travaux qui, comme tous les similaires, ne peuvent être justement appréciés qu'à la lecture. Ils sont d'ailleurs annexés au présent rapport. Qu'il me suffise de citer les titres de quelques-uns des plus importants mémoires, publiés dans les périodiques les plus divers de la spécialité et dans les journaux de médecine générale (*Lancet*; *Brit. med. Journ.*; *Brain*; *Journ. of mental sci.*; *Amer. Journ. of Insanity*, etc.).

En 1890, paraît une technique des méthodes d'examen microscopique du cerveau; des observations sur le traitement des aliénés et sur la thérapeutique suggestive de la folie.

En 1891, ce sont des mémoires sur l'hémiplégie spastique, la paraplégie spastique, la paraplégie par compression, sur l'état du cortex dans la méningite tuberculeuse.

En 1892, ce sont des travaux sur la catatonie, sur l'hématose de la dure-mère, sur l'état anatomique des nerfs dans la paralysie générale, sur l'anatomie pathologique de l'encéphalite aiguë.

En 1893, mémoire sur une nouvelle méthode de préparation de la moelle en vue de l'examen microscopique; un mémoire très important sur les effets des inflammations locales sur les processus cérébraux. L'auteur y puise un argument en faveur des injections de sérum coqué dans les folies aiguës.

Deux autres mémoires paraissent : le premier, sur des troubles moteurs et sensitifs transitoires consécutifs à une trépanation dans un cas de paralysie générale ; le second sur la trépanation suivie de drainage sous arachnoïdien dans un cas de paralysie générale.

Cà et là, nous notons encore depuis 1894, des travaux sur la folie de la ménopause, sur la névrose traumatique, sur la paralysie générale, sur les rapports du crime avec la folie, sur une méthode exacte pour l'étude des difformités du palais osseux.

Citons encore de nombreux travaux entrepris systématiquement sur l'anthropologie des aliénés, travaux formant toute une collection recueillie avec persévérance à l'asile même.

Vous le voyez, messieurs, par cette courte et incomplète énumération, il s'agit d'un bagage scientifique peu commun, qui témoigne d'une activité exceptionnelle. Notre confrère anglais est de la catégorie des chercheurs qui s'appliquent tout particulièrement aux choses les plus délicates de notre spécialité.

Il a orienté manifestement ses travaux dans la voie de l'anatomie pathologique, de la pathologie expérimentale et de l'anthropologie.

Votre commission n'a pas hésité à proposer à vos suffrages l'admission du Dr Edwin Goodall comme membre correspondant. Il sera pour nous une de ces acquisitions précieuses que nous avons non-seulement le devoir d'accueillir lorsqu'elles se présentent, mais que nous devrions avidement rechercher.

M. Edwin Goodall est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, je viens, au nom d'une commission composée de MM. Ballet, Falret et René Semelaigne, vous présenter un rapport sur la candidature de l'un des plus distingués aliénistes des Etats-Unis d'Amérique, le Dr Edward Brush, superintendant du Sheppard and Enoch Pratt Hospital. Le Dr Brush, après de brillantes études à l'Université de Chicago, y soutint, en 1874, une thèse sur les Affections syphilitiques du système nerveux. De 1877 à 1879, il fait des conférences sur l'électrothérapie. Nommé, en 1878, médecin-adjoint au State Hospital, il

se consacre définitivement à la pratique de la psychiatrie. Il passe, en 1884, à l'hôpital des aliénés de Pensylvanie, et devient, en 1891, superintendant de l'établissement qu'il dirige encore aujourd'hui.

Le Dr Brush a été, de 1878 à 1884, éditeur de l'*American Journal of Insanity*, et s'occupe à nouveau de cette importante publication depuis 1897.

Parmi ses nombreux travaux je citerai :

- Un cas de paralysie générale de quatorze ans de durée.
- Quelques expériences cliniques sur l'insomnie.
- Quelques observations cliniques sur l'emploi de la glande thyroïde en médecine mentale.

— Dans le *Woods Reference Hand-Book of the Medical Sciences* les articles : « Folie par arrêt de développement », « Folie hypocondriaque », « Folie hystérique. »

— Dans le *Keatings Cyclopædia of Childrens Diseases* les chapitres sur l'idiotie et l'imbécillité.

— Dans *A System of Practical Therapeutics* édité par le professeur Hobart A. Hare, de Philadelphie, un article sur le traitement des aliénés à l'hôpital.

— Dans le *Journal of Insanity* : « Un cas de folie simulée », « Sarcome de la dure-mère », « Hyperémie cérébrale avec délire », « Un cas de manie transitoire dû à une variation de la température de 33 à 76 degrés F. en quelques heures. » Me bornant à ce court exposé de l'œuvre du Dr Brush, je viens vous prier, au nom de votre commission, de l'accueillir parmi nous en qualité de membre associé étranger.

M. Edward Brush est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

De l'imbécillité physiologique de la femme (1). — *Rapport sur un travail de M. Möbius.*

M. CHRISTIAN. — « La femme est, et restera, un être normalement inférieur à l'homme », telle est la

(1) Dr P. J. Möbius. *Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes* (De l'imbécillité physiologique de la femme). Broch., in-8°, 3^e édit. Halle 1901.

thèse soutenue par le Dr Möbius, notre distingué confrère de Leipzig, dans une brochure intitulée *De l'imbécillité physiologique de la femme* (1), arrivée en 1901 à sa troisième édition. Il ne croit, ni à la « femme nouvelle », ni à la « femme émancipée »; et je présume que, s'il avait vécu à l'époque de ce concile de Mâcon, où l'on discuta pour savoir si la femme possède ou non, une âme, il aurait hardiment voté pour la négative.

Au surplus, voici, brièvement résumés, les arguments de notre auteur :

Tout d'abord une preuve anatomique. Rüdinger, dans ses « Recherches sur la structure du cerveau », a constaté que « les circonvolutions frontales et pariétales sont moins développées chez la femme que chez l'homme, et que cette différence existe dès la naissance ». Or, comme ce sont là les parties du cerveau qui ont un rôle prépondérant dans les manifestations de l'intelligence, la conclusion s'impose.

Les manifestations psychiques de la femme sont surtout instinctives, non motivées; ce qui fait que la femme ressemble à l'animal, la rend irresponsable, et lui donne son assurance et sa gaîté.

L'infériorité de la femme se retrouve partout. Comme, en raison de sa faiblesse, la femme est portée à des travaux qui demandent de l'adresse plus que de la force, on en a conclu que les femmes sont plus adroites de leurs doigts que les hommes : c'est une erreur. Chaque fois que l'homme s'applique à un ouvrage de femme, comme tailleur, tisseur, cuisinier, il fait une besogne bien supérieure. Ce qui tient en somme à la différence de conformation de l'écorce cérébrale.

L'animal, de toute éternité, n'a jamais fait qu'une seule et même chose; de même, s'il n'y avait que des femmes, l'humanité serait restée stationnaire. Tout progrès vient de l'homme.

Il serait inexact de dire que les femmes sont *amorales*; mais leur moralité est incomplète. Quand leurs

(1) Titre contestable, car le mot *imbécillité* implique un état pathologique, et il ne peut s'agir ici que de l'état normal, physiologique, de l'intelligence féminine. Cependant il m'a paru difficile de traduire *Schwachsinn* autrement que par *imbécillité*.

sentiments affectifs sont en jeu, elles sont capables de tous les sacrifices, et elles font honte à la froideur de l'homme. Mais elles sont injustes, se moquent des lois et les violent pour peu qu'elles n'aient rien à craindre. Si la femme n'était pas naturellement faible de corps et d'esprit, si les circonstances ne l'empêchaient de nuire, elle serait dangereuse au plus haut point. On a pu, dans les troubles politiques, voir avec terreur quelles pouvaient être l'injustice et la cruauté des femmes. On a pu en juger aussi chez celles qui, malheureusement, ont eu le pouvoir entre les mains. Dans la vie ordinaire, ces deux défauts se traduisent en général par l'intempéritance de la langue et des écrits : injures, calomnies, lettres anonymes. La langue est l'arme de la femme, que sa faiblesse corporelle empêche de jouer du poing. Le bavardage est son plaisir suprême : c'est véritablement le sport féminin.

Depuis que la femme s'est mise en tête de poursuivre les hautes études, on a reconnu unanimement qu'elle peut devenir une excellente élève, apte à apprendre par cœur tout ce qu'on lui enseigne et d'autant plus facilement que le professeur a moins d'idées.

On a prétendu que, si les femmes ne sont pas devenues l'égal de l'homme dans les sciences, les lettres et les arts, cela tient à ce que, systématiquement, on ne les leur a pas enseignés et qu'il en est résulté à la longue une sorte d'atrophie du cerveau. Ce sont là des billevesées agrémentées de rêveries darwinistes : depuis que le monde existe, la musique a été l'apanage de la femme. Depuis des siècles, elle chante et elle joue des instruments les plus variés : où est la femme compositeur qui ait laissé dans la musique une trace durable, un nom éclatant ? Et pour la peinture ? On ne dira pas qu'on ne la lui a pas enseignée. L'a-t-on jamais vue sortir de la moyenne ? Möbius aurait pu ajouter que, de toute éternité, la femme a été accoucheuse et sage-femme : il n'en est pas une cependant qui se soit révélée accoucheuse de génie, ou qui ait seulement fait faire un progrès à cette branche de l'art médical. Il est rare, bien rare, que l'on trouve chez la femme un talent véritable et alors c'est une sorte d'hermaphrodisme intellectuel.

Si je voulais, en quelques mots, résumer l'opinion de Mœbius, je serais obligé de dire que, pour lui, la femme, être essentiellement inférieur, est de sa nature, capricieuse, coquette, bavarde, médisante, et surtout menteuse. Le mensonge lui est inné : c'est aussi l'opinion de Nietzsche. Elle ne poursuit qu'un but — et, suivant l'auteur, elle n'est créée que pour cela — plaire à l'homme, conquérir un mari, qui sera son soutien et la fera vivre. Toute la destinée de la femme dépend du mari qu'elle trouvera. C'est pour cela, c'est pour lui faciliter cette conquête que la nature a donné à la jeune fille la beauté, la grâce, les mille attraits dont la séduction est irrésistible.

Mais la période pendant laquelle la femme est si séduisante, est courte ; elle perd vite ce qui faisait son charme, et, dès que la vie sexuelle a pris fin, elle devient une vieille femme. Or, pour Mœbius, la vieille femme est un être horrible, et j'ose à peine traduire le portrait qu'il en fait. Outre la laideur physique, qui en fait un objet repoussant, il trouve encore qu'elle devient supersticieuse, égoïste, puérile, disputeuse, bavarde, médisante, ce qui tient à l'affaiblissement progressif de son intelligence, car dès la ménopause, dit l'auteur, la femme marche vers la démence (*Sie versimpelt*).

Telles sont, Messieurs, les opinions de Mœbius sur la femme, sur ce que nos pères appelaient le « sexe enchanteur ». Je lui en laisse toute la responsabilité, et je serais désolé que l'on pût croire un seul instant que je suis de son avis. Il était bien plus dans le vrai, ce roi de France (François I^{er}) qui disait « qu'une cour sans femmes est une année sans printemps, et un printemps sans roses ».

Il paraît difficile de pousser la misogynie plus loin que notre auteur, et cela paraît si étrange, qu'on se demande ce qui a pu lui inspirer un pamphlet si virulent. Il s'en explique dans une de ses préfaces : c'est Nora, la fameuse Nora d'Ibsen, qui a provoqué son indignation. Nora, on le sait, est une femme mariée, mère de famille, qui a tout ce qu'il faut pour vivre heureuse dans son intérieur. Mais c'est une « petite toquée », qui, un beau jour, s'imagine que son mari ne la considère que comme une poupée, et elle quitte mari et enfants, pour-

quoi? pour aller librement développer son *moi*. Un tel personnage relève de la pathologie mentale. Mais ce qui indigne Mœbius, c'est qu'une pièce aussi extravagante ait pu être portée aux nues, et couvrir de gloire son auteur! Je suis de son avis, Nora est un fantoche, absolument antipathique; mais sa gloire passera, le bon sens reprendra ses droits. Elle a pu représenter l'idéal pour quelques névrosées, mais on ne saurait la considérer comme le type de la femme, même de la femme « nouvelle », que Mœbius a particulièrement en horreur.

Je regrette, qu'après avoir fait le procès de la femme *intellectuelle*, Mœbius n'ait pas, par contraste, parlé de ses rares qualités morales, de son dévouement aux siens, de son abnégation, par où elle l'emporte certainement sur l'homme. Au lieu de jeter la pierre à la femme vieillie, pourquoi ne nous a-t-il pas montré l'aïeule souriante, au milieu de ses petits-enfants, les couvrant de son indulgente bonté, partageant leurs joies, les consolant dans leurs peines? Il n'a vu que les ombres du tableau, et je serais entraîné trop loin si je voulais reprendre point par point les arguments de Mœbius et opposer au « mal » qu'il dit des femmes, le « bien » que d'autres en pensent. Je me bornerai à une remarque d'ordre général.

D'ordinaire, quand on compare les deux sexes, on cherche à démontrer que l'un (bien entendu le masculin) est supérieur à l'autre. Pour notre auteur, cela ne fait aucun doute, car il considère la femme comme se rapprochant beaucoup plus de l'animal que de l'homme. Mais, à mon sens, c'est très mal poser la question. Entre l'homme et la femme, il y a, au point de vue physiologique, des différences considérables; mais pourquoi dire que l'un vaut plus que l'autre? Ils sont tous deux ce que la nature les a faits; ils sont « différents », et adaptés chacun au rôle qui leur est dévolu. Aucun raisonnement n'y changera rien.

Il est fort possible que les femmes ne puissent pas avoir de génie, si comme le prétend George Sand, une des leurs, « elles n'ont ni profondeur dans leurs aperçus, ni suite dans leurs idées ». Si cela est, il faut qu'elles en prennent leur parti; elles n'auront pas de génie, et devront se contenter de l'admirer chez l'homme.

Mais si, au contraire, le génie peut être également l'apanage de la femme, s'il n'est resté latent chez elle depuis des milliers d'années que par la faute de l'homme, et si, aujourd'hui, chez la femme émancipée, il peut librement se manifester, nous n'avons qu'à attendre patiemment l'heure où il voudra se révéler. Peut-être qu'alors un anatomiste plus subtil que Rüdinger nous démontrera que les circonvolutions du cerveau féminin se sont développées, et ne le cèdent plus ni en ampleur ni en élégance à celles du cerveau masculin.

Sans parler de génie et sans vouloir faire tort à la femme, l'expérience semble cependant prouver qu'elle fait fausse route quand elle veut, partout et en tout, emboîter le pas de l'homme.

Qu'on se rappelle la campagne retentissante menée, il y a une vingtaine d'années, d'abord pour que les femmes puissent se faire inscrire à la Faculté de médecine, ensuite pour qu'il leur fût permis de concourir à l'externat et à l'internat des hôpitaux. Ce fut une belle bataille, et qui fit couler beaucoup d'encre : les femmes triomphèrent et l'on put croire que l'internat allait être envahi par les candidats féminins. Il faut en rabattre. Bien peu ont osé affronté les chances du concours ; bien moins encore ont réussi. L'occasion était belle cependant pour montrer que leurs revendications étaient justes.

On oublie trop facilement une chose, c'est que les lois de la nature sont immuables, et que, comme le disait Aristote, « on ne commande à la nature qu'en lui obéissant ». Or, la nature a voulu que la femme soit épouse et mère ; elle l'a créée pour cela, et, qu'elle le veuille ou non, ce sera sa destinée tant que le monde durera. Doit-elle s'en plaindre ? Je ne le pense pas. La tâche est assez belle, et depuis des milliers d'années elle a paru lui suffire. En tous cas, elle n'y changera rien.

DISCUSSION.

M. MOTET. — Nous remercions M. Christian du travail auquel il a bien voulu se livrer pour nous. Comme il a eu bien soin de laisser à l'auteur la responsabilité d'appréciations plus que sévères pour la femme, je n'ai plus à dire ce que nous devons penser de jugements qui

nous paraissent injustes. Nous sommes habitués chez nous à plus de bienveillance, je ne dis pas d'indulgence ; et malgré M. Mœbius nous conserverons aux femmes le respect et les sentiments affectueux auxquels la grande majorité d'entre elles a droit de notre part.

Insuffisance hépatique et délire,

par M. VIGOUROUX, médecin en chef
de l'asile de Vaucluse.

Je désire communiquer, au nom de M. Juquelier et au mien, plusieurs observations dans lesquelles nous avons constaté à la fois de l'insuffisance hépatique et du délire.

Déjà, de nombreux auteurs ont attiré l'attention sur le rôle possible du foie dans la pathogénie de certains troubles délirants. M. le Dr Klippel le premier, dès 1890, dans des leçons au laboratoire de la clinique de Sainte-Anne, et plus tard dans une série de mémoires, a montré l'importance de l'insuffisance hépatique, c'est-à-dire de l'altération fonctionnelle de la cellule du foie, dans la production du délire. Cette action se manifeste surtout quand l'auto-intoxication d'origine hépatique agit sur des cerveaux prédisposés par la dégénérescence héréditaire, par l'alcoolisme ou par d'autres causes. MM. Régis, Léopold Lévi, Ballet et Maurice Faure, etc., ont accepté et confirmé cette pathogénie. Dans la plupart des cas observés par ces médecins, l'allure aiguë des affections hépatiques a permis le contrôle anatomique, et à plusieurs reprises, M. Klippel a pu trouver à l'autopsie, les altérations cellulaires du foie que la clinique et l'examen urologique lui avaient permis de prévoir.

Forts de cette vérification, qui nous manque cependant à cause même du genre de malades auxquels nous nous sommes adressés, nous apportons quelques observations, dans lesquelles l'insuffisance hépatique passagère a coïncidé avec des troubles mentaux variés, également passagers, et nous a paru les tenir sous sa dépendance. Chez nos malades, comme l'a fait remarquer M. Klippel, l'auto-intoxication d'origine hépatique agit sur des cerveaux prédisposés, soit par l'hérédité, soit par l'alcool.

Nous ne rappellerons pas les signes bien connus de l'insuffisance hépatique ; à côté de la grande insuffisance, caractérisée avant tout par le syndrome ictere grave, il existe une insuffisance atténuée (*petite insuffisance hépatique*) se traduisant cliniquement par du subictère, de l'asthénie généralisée et des troubles gastriques variés : constipation, anorexie, fétidité des selles et au cours de laquelle l'examen des urines révèle habituellement de l'urobilinurie, la diminution de l'excrétion de l'urée et l'exagération de l'excrétion d'acide urique, la présence de pigments biliaires modifiés, la glycosurie alimentaire (Gouget, Insuffisance hépatique).

Cette petite insuffisance se manifeste par crises de durée variable. Elle est l'expression d'altérations cellulaires réparables ou de lésions définitives d'un certain nombre de cellules dont l'action physiologique est plus tard compensée par l'action d'autres cellules restées saines.

La fréquence de la stéatose hépatique latente des alcooliques et son importance en clinique générale vient d'être mise en évidence par une récente communication à la Société médicale des hôpitaux par MM. Gilbert et Lereboullet.

Chez les malades que nous avons observés, nous avons trouvé la plupart des signes cliniques habituels et des signes urinaires : diminution de l'urée, urobilinurie et en particulier la glycosurie alimentaire, car l'épreuve très clinique de la glycosurie alimentaire nous a servi de pierre de touche. Nous avons éliminé l'hypothèse de lésions rénales importantes, tant par l'analyse des urines que par l'étude de la perméabilité du rein ; nous avons toujours trouvé le sucre dans les premières urines recueillies une ou deux heures après l'ingestion.

Nous savons que cette épreuve ne possède pas une valeur absolue qu'elle a été récemment très discutée. (Congrès de Toulouse 1902). Mais d'une part, d'autres signes nous ont permis d'affirmer l'altération cellulaire du foie ; d'autre part, l'épreuve a été la plupart du temps négative chez un grand nombre de délirants pris comme témoins ; enfin elle possède quelque valeur, au moins dans les cas signalés, puisque tel malade qui laisse passer le sucre au cours de ses bouffées délirantes ne le

laisse plus passer quand il a repris son équilibre mental.

Nos malades à jeun prenaient 150 grammes de glucose en solution aquueuse. L'urine était examinée avant, puis 1 heure et 2 heures après.

Les malades que nous présentons peuvent être divisés en trois groupes.

Le malade du premier groupe, J... (Obs. I), est de ceux chez qui l'action du foie est venue s'ajouter à celle d'autres agents toxiques. C'est un alcoolique, soumis depuis un an à l'abstinence à cause d'accidents alcooliques et qui d'alcoolique est devenu hépatique (Klippel). Il a présenté une confusion mentale profonde avec des signes physiques d'insuffisance hépatique, — confusion mentale et insuffisance hépatique ont évolué en quelques semaines. La glycosurie alimentaire, positive à la période d'état, fut négative au moment de la guérison.

Notre deuxième groupe comprend trois malades D. Obs. II, F. Obs. III, G. Obs. IV, qui ont présenté un certain degré d'insuffisance hépatique intermittente coïncidant avec des périodes de délire hallucinatoire (D), de confusion mentale avec dépression mélancolique (F), de confusion mentale avec agitation (G). Chez tous la glycosurie alimentaire disparaît en l'absence de troubles mentaux.

Ces observations nous ont paru particulièrement intéressantes : Il s'agit là d'altérations passagères de la fonction hépatique, dont la cause, il est vrai, nous échappe encore, et suivies de délire également passager. Or, la constatation des altérations du foie nous a permis de préciser notre diagnostic en y ajoutant un élément pathogénique. Nous ne disons plus : dégénérescence mentale s'accompagnant de délire hallucinatoire, de confusion avec excitation ; nous dirons : dégénérescence mentale avec insuffisance hépatique provoquant des hallucinations, de la confusion, de l'excitation, etc. Cette donnée pathogénique a non seulement, comme le dit M. Klippel, une importance pratique immédiate en donnant une indication thérapeutique très nette, mais elle comporte encore, et c'est là un point particulièrement intéressant, l'établissement d'une hygiène spéciale

destinée à éviter le retour des crises d'insuffisance. Chacun de nos malades guéri devra, non seulement éviter le surmenage cérébral en tant que dégénéré, mais il devra encore surveiller son régime alimentaire en tant qu'hépatique latent.

Notre troisième groupe comprend plusieurs malades (nous ne citons que deux observations A... Obs. V et B. Obs. VI). Nous trouvons chez ces sujets de l'insuffisance hépatique évoluant en même temps que des troubles psychiques (dépression mélancolique et délire hallucinatoire). La glycosurie alimentaire est positive, les urines contiennent des quantités notables d'urobilin ; mais l'évolution n'est pas terminée et l'avenir nous dira quelle relation exacte nous pouvons établir entre l'état mental et l'insuffisance hépatique.

Voici le résumé des observations.

1° J... homme de cinquante-sept ans, ancien alcoolique, mais abstinente depuis un an, entre le 12 avril avec confusion mentale et agitation, on n'a pu le garder à la Charité. Inconscience absolue de sa situation, teint terreux, haleine fétide, constipation. Diminution de l'urée. Glycosurie alimentaire positive.

Régime lacté et calomel. Guérison parallèle de l'état mental et de l'insuffisance hépatique.

Le 7 juin au moment de la sortie, glycosurie alimentaire négative.

2° D... (quarante-neuf ans), dont le père est mort aliéné, entré pour la sixième fois, le 19 avril 1902, pour accès de délire mélancolique secondaire, a des hallucinations de l'ouïe ; voix très nombreuses, obsédantes comme aux crises précédentes, teint terreux, conjonctives jaunes, haleine fétide, constipation, diminution de l'urée, glycosurie alimentaire positive. Régime lacté et calomel.

En six semaines disparition progressive des hallucinations et des signes d'insuffisance hépatique. Glycosurie alimentaire négative au moment de la sortie (*N.-B.* Les deux crises précédentes ont été déjà améliorées sous l'influence du régime lacté).

3° F..., trente-huit ans, est entré le 12 janvier 1901, venant de Nanterre, avec confusion mentale et idées mélancoliques.

Rapidement amélioré, et travaillant régulièrement, il a fait en mars et en mai 1902 deux nouvelles crises de dépression avec confusion mentale ; attente de la mort survenant après des cauchemars dans lesquels un ours, des crocodiles s'apprêtaient à le dévorer. Pendant ces accès : teint terreux, langue saburrale,

haleine fétide, constipation, diminution de l'urée, glycosurie alimentaire positive.

Glycosurie alimentaire négative entre les deux crises.

4° G..., cinquante-deux ans, alcoolique, cul-de-jatte, a fait au cours de son séjour deux crises d'excitation avec confusion mentale (déchire ses draps, menace, urine au lit, se barbouille de matières fécales et ne se souvient de rien). En même temps conjonctives jaunâtres, foie gros et dououreux, langue blanche, selles fétides, diminution de l'urée. Glycosurie alimentaire positive.

Au moment de son départ (31 mai) l'état mental est bon, et les signes d'insuffisance hépatique ont disparu. Glycosurie alimentaire négative.

5° A..., trente-sept ans, entré le 17 mai 1902, apyrétique et dans un état de stupeur très accusé, inconscience de sa situation. Réponses rares en rapport avec une confusion mentale consécutive à des hallucinations de l'ouïe (des voix l'accusent et veulent l'envoyer à la mort). Fétidité extrême de l'haleine, teint terne, langue blanche, constipation, diminution de l'excrétion de l'urée, urobilinurie, glycosurie alimentaire positive, Régime lacté. En évolution.

6° B..., cinquante-cinq ans, entré le 14 juin ayant fait chez lui plusieurs tentatives de suicide : attitude anxieuse, inconscience de sa situation, hallucinations auditives. Des voix l'accusent et le condamnent. Il se lève pour aller se faire assommer, comme les voix le lui ordonnent.

Langue blanche, haleine fétide, constipation, anorexie, urines rouges et contenant de l'urobiline, apyrexie.

Glycosurie alimentaire positive.

Régime lacté. En évolution.

L'état mental de nos malades présente au premier abord une assez grande diversité. Chez l'un (D. Obs. II), les hallucinations de l'ouïe sont nettement primitives, comparables aux hallucinations toxiques ; l'état mélancolique qu'elles engendrent disparaît quand l'insuffisance hépatique ayant cessé, elles-mêmes ont disparu.

Chez un autre (F. Obs. III), ce sont des cauchemars dont le caractère terrifiant commande et domine l'état de confusion mentale.

Chez G. (Obs. IV) nous ne trouvons pas d'hallucinations, mais une confusion mentale avec agitation et désordre dans les actes.

J... (Obs. I) n'a que de la confusion mentale.

A... et B... ont de la confusion mentale avec halluci-

nations et idées mélancoliques et on ne peut affirmer que les hallucinations sont primitives.

Mais d'une façon générale nous retrouvons les traits saillants que les auteurs s'accordent à reconnaître comme propres au délire toxique et infectieux : Confusion mentale, cauchemars, hallucinations, perte de conscience, agitation motrice et automatique.

Ce sont ces symptômes qui caractérisent le délire de rêve, délire onirique si bien étudié par M. Régis.

La diversité des symptômes se conçoit facilement si l'on considère la complexité des substances toxiques, retenues dans l'organisme par le fait de l'insuffisance hépatique, les différences individuelles dues aux prédispositions héréditaires ou aux altérations anatomiques acquises du cerveau.

De toute façon, des groupes si vastes des délires auto-toxiques et des délires des dégénérés il est possible de détacher un certain nombre de cas reconnaissables cliniquement, ayant une étiologie commune (insuffisance hépatique) et nécessitant un traitement spécial et une hygiène particulière.

Comme le fait remarquer M. Cullere, l'auto-intoxication par insuffisance hépatique survenant chez des pré-disposés héréditaires ou d'anciens alcooliques, de même que l'empoisonnement urémique, se traduit par un syndrome psychopathique banal ; à peine quelques symptômes secondaires (asthénie, somnolence, etc.) peuvent-ils mettre sur la voie ; mais quand les signes somatiques sont venus confirmer l'hypothèse, les indications thérapeutiques qu'elle comporte sont de la plus haute importance tant au point de vue du traitement du délire que de la santé du malade. Souvent les lésions cellulaires du foie qui provoquent de l'insuffisance hépatique sont réparables.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter ces observations dans lesquelles l'insuffisance hépatique semble jouer un rôle important dans l'étiologie du délire et d'attirer à nouveau l'attention sur son importance pathogénique et thérapeutique.

DISCUSSION.

M. LEGRAIN. — M. Vigouroux a-t-il fait l'épreuve du bleu de méthylène, et a-t-il recherché la présence de l'indican ?

M. VIGOUROUX. — J'ai fait ces différentes recherches. Je n'ai pas constaté la présence de l'indican.

Les troubles physiques chez les déments précoce,

par M. P. SÉRIEUX, médecin en chef,

et M. R. MASSELON, interne à la Maison de santé de Ville-Evrard.

On observe dans les diverses variétés de la démence précoce certains symptômes physiques ; leur fréquence varie d'ailleurs pour chacune d'elles. Ces troubles, bien étudiés par Kraepelin (1899), sont les suivants : exagération, parfois très accentuée, des réflexes tendineux ; augmentation de l'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles ; dilatation pupillaire surtout dans les périodes d'excitation ; inégalité pupillaire inconstante ; troubles vaso-moteurs ; cyanose ; œdèmes ; dermographisme ; hyperhidrose ; sialorrhée ; modifications du rythme du cœur ; diminution de la température ; troubles de la menstruation ; augmentation de volume du corps thyroïde ; exophtalmie ; tremblement ; anémie ; troubles du sommeil ; augmentation du poids du corps. Enfin, Kraepelin a noté chez 18 p. 100 des malades des vertiges, des accidents convulsifs (déjà signalés par Kahlbaum), des attaques hystériiformes, des troubles aphasiques passagers, de la tétanie, des ictus apoplectiformes avec paralysie consécutive (parfois au début), des crampes ; ces accidents divers seraient deux fois plus fréquents dans le sexe féminin (1).

En 1900, le Dr Mignot, dans sa thèse inaugurale sur

(1) V. P. Sérieux. La nouvelle classification des maladies mentales du Prof. Kraepelin (*Revue de psychiatrie*, avril 1900). — La Démence précoce (*Gaz. hebdom. de médecine*, 10 mars 1901). — La Démence précoce (*Revue de psychiatrie*), juin 1902.

« les troubles pupillaires dans quelques maladies mentales », a fourni des renseignements précis sur la fréquence et l'importance des troubles pupillaires dans la démence précoce. Ses recherches ont porté sur 63 pensionnaires de la Maison de santé de Ville-Evrard, atteints de démence précoce : toutes les variétés et toutes les périodes de cette affection étaient représentées. Voici les résultats qu'il a obtenus : inégalité pupillaire : 32 p. 100; troubles du réflexe à la lumière : 62 p. 100; abolition de ce réflexe : 7 p. 100 ; troubles du réflexe à l'accommodation : 12 p. 100; déformation des pupilles : 52 p. 100 ; dilatation pupillaire : 30 p. 100. Il résulte de ces chiffres que chez les déments précoce les réflexes pupillaires sont moins souvent altérés que dans la paralysie générale ; les déformations sont aussi fréquentes ; la mydriase l'est davantage. Ces divers troubles sont d'ailleurs inconstants, très variables chez le même sujet.

A la séance de la Société médico-psychologique du 28 octobre 1901, M. le Dr Séglas, dans une communication sur le *dermographisme chez les aliénés*, observait ce signe dans 100 p. 100 des cas dans la forme catatonique, dans 50 p. 100 dans la forme hébéphrénique et dans 30 p. 100 dans la forme paranoïde.

M. le Dr Dide a étudié récemment les réflexes tendineux et cutanés dans la démence précoce : il constate l'exagération des réflexes tendineux, la diminution ou l'abolition des réflexes cutanés, l'hypertonie musculaire. Dans aucun cas il ne trouva les réflexes cutanés normaux. Au contraire la sensibilité cutanée lui parut généralement conservée. (Société de neurologie, séance du 13 mars 1901.) Dans des recherches ultérieures, MM. Dide et Chénais arrivent aux conclusions suivantes : les réflexes cutanés des orteils et du fascia lata ne sont jamais normaux dans la forme catatonique ; ils sont abolis ou faibles ; les réflexes crémastérien, épigastrique, abdominal resteraient normaux. Rappelons enfin, les recherches urologiques et hématologiques des mêmes auteurs.

Nous avons entrepris une recherche systématique des différents troubles physiques sur 50 déments précoce (25 hommes et 25 femmes) pris à différents moments de

l'évolution de l'affection (1). Nous avons successivement étudié chez ces malades les *troubles pupillaires* (mydriase, inégalité pupillaire, déformations, troubles des réflexes lumineux et accommodateur), les *troubles du réflexe conjonctival*, ceux des *réflexes tendineux* (patellaire, réflexe du poignet, réflexe massétérin), ceux des *réflexes cutanés* (cutané plantaire, crémastérien, abdominal), l'état de la *sensibilité à la douleur*, le *tremblement de la langue*. Nous avons recherché également si l'on n'observait pas chez ces sujets des *troubles trophiques sécrétaires, vaso-moteurs*, et dans quelles proportions on observait un développement anormal du *corps thyroïde*. Les malades que nous avons examinés, se trouvaient, avons-nous dit, à toutes les périodes de la démence précoce. Aussi a-t-on tenu compte, dans cette étude, de l'époque de début de l'affection, de l'état actuel du patient (persistance d'accidents aigus, ou phase de démence terminale).

Parmi les cas aigus, nous avons distingué les différentes variétés de la maladie (formes *simple, catatonique, délirante* ou *hébéphrénique, paranoïde*). Parmi les déments totaux nous avons noté également quel avait été le mode de début de la psychose, et surtout si le malade, quoique dément total, ne présentait pas encore, sinon de la catatonie, au moins une tendance à garder les attitudes pendant un temps assez long.

Enfin, nous avons, parmi tous ces sujets, distingué les états d'agitation des états de calme.

Nous examinerons d'abord chacun de ces symptômes en particulier.

(1) Un grand nombre de nos malades étaient arrivés à la phase de démence terminale. Pour beaucoup d'entre eux nous n'avions pas assisté à l'évolution totale de la maladie ; nous nous sommes basés surtout alors pour établir le diagnostic sur les certificats antérieurs, l'âge de début de la maladie, le passage rapide à la démence. Les résultats obtenus chez des malades ainsi choisis nous semblent plus intéressants que ceux qui proviennent de recherches faites sur des malades encore au début de leur maladie, et chez lesquels le diagnostic n'est pas encore confirmé par l'évolution ultérieure de la maladie. C'est par la comparaison, le rapprochement d'un grand nombre de cas évoluant d'une façon identique que l'on pourra établir des signes précis permettant un diagnostic de la démence dès le début.

1^o TROUBLES PUPILLAIRES.

a) *Dilatation pupillaire.* — Les troubles du diamètre de la pupille ont été examinés dans 47 cas. Nous considérons comme dilatées toutes les pupilles dont le diamètre dépasse 4 millimètres, à un éclairage faible (le malade ayant la face opposée au jour, éclairée par un rat-de-cave tenu à environ 0^m,50 de ses yeux). Nous avons observé la mydriase dans 53 p. 100 des cas. Elle varie entre 4, 5 et 7 millimètres.

On observe la dilatation dans 70 p. 100 des formes aiguës. Parmi elles dans 75 p. 100 des formes catatoniques (quatre malades); dans 50 p. 100 des formes délirantes (deux malades); dans 100 p. 100 des formes simples (deux malades) et dans 66,6 p. 100 des formes paranoïdes (douze cas.)

Chez les déments totaux nous relevons la mydriase dans 40,7 p. 100 des cas (27 cas). Dans ce total la démence consécutive à la catatonie fournit 50 p. 100 des cas, ainsi que la démence consécutive aux formes délirantes, tandis que nous n'observons de la dilatation que dans 12 p. 100 des cas de démence consécutive à la variété paranoïde.

La dilatation est donc plus fréquente dans les périodes de début que dans les périodes terminales de la démence précoce. Il nous faut aussi tenir compte de ce fait que beaucoup de nos déments totaux étant maintenant des vieillards, l'âge intervient peut-être pour atténuer la dilatation de la pupille.

Pour les formes démentielles, c'est chez les catatoniques et les hébéphréniques que l'on observe le plus fréquemment la dilatation pupillaire; celle-ci est beaucoup moins fréquente chez les déments paranoïdes.

Nous n'avions que trois cas de déments agités; nous avons noté la mydriase dans deux de ces cas: la proportion semblerait donc plus grande pour ces sujets que pour les déments calmes. Mais nous ne pouvons formuler d'opinion bien précise à ce sujet, étant donné le nombre infime des agités par rapport à nos malades calmes.

La dilatation pupillaire, sans être d'une façon absolue

toujours constante chez le même sujet, est un des signes pupillaires qui manifeste le moins de variabilité.

b) *Inégalité pupillaire.* — L'inégalité pupillaire est un signe assez variable et assez peu constant : nous ne l'avons observée que dans 37,2 p. 100 des cas. Le nombre proportionnel est un peu plus élevé dans les formes anciennes et plus faible dans les formes récentes. Nous avons de même trouvé une proportion un peu plus forte d'inégalité pupillaire dans les variétés paranoïdes que dans les autres.

c) Les *déformations pupillaires* ont été observées dans 41 p. 100 des cas. Ce phénomène est assez constant chez le même malade.

Les déformations sont de beaucoup plus fréquentes chez les déments totaux (plus de 50 p. 100 des cas), tandis que nous n'en trouvons que dans 29 p. 100 des formes aiguës. Parmi celles-ci, c'est chez les déments paranoïdes que nous avons observé le plus de déformations : notons, d'ailleurs, qu'il s'agit là de malades dont le début de la psychose est bien antérieur à celui de nos catatoniques et de nos hébéphréniques.

Dans la démence totale il n'y a pas de différence bien appréciable parmi les différentes formes de la maladie.

d) *Réflexe lumineux.* — Nous avons examiné ce réflexe à l'aide d'un rat-de-cave, le malade étant dans une demi-obscurité. Jamais, dans ces conditions, nous n'avons trouvé le réflexe lumineux totalement aboli ; mais, fréquemment (dans 77,2 p. 100 des cas), nous l'avons trouvé affaibli. Comme l'avait constaté M. Mignot, nous avons observé que ces troubles sont excessivement variables chez le même sujet.

La fréquence des troubles augmente avec l'âge de la maladie. Nous trouvons 70 troubles p. 100 dans les formes aiguës, alors qu'il y en a 83,7 p. 100 dans les formes démentielles totales. Nous avons noté des troubles du réflexe lumineux dans tous nos cas d'hébéphrénie, qu'il s'agisse de cas encore aigus ou hébéphréniques arrivés à la période de démence terminale.

Les troubles sont un peu moins fréquents dans la forme catatonique (75 p. 100 dans la forme catatonique aiguë, et 76 p. 100 dans la forme catatonique démentielle). C'est dans la forme paranoïde enfin que les trou-

bles sont le moins accentués (66,6 p. 100 lorsque les malades sont encore délirants, 75 p. 100 dans la phase démentielle).

e) *Réflexe accommodateur.* — Les troubles du réflexe accommodateur sont à peu près semblables à ceux du réflexe lumineux. On les observe dans 78,5 p. 100 des cas. Comme les troubles du réflexe lumineux, ils sont très variables chez le même individu. Jamais nous n'avons noté d'abolition complète du réflexe accommodateur, mais seulement des affaiblissements plus ou moins prononcés.

Les troubles augmentent avec l'âge de la maladie (64,7 p. 100 dans les formes aiguës, 84,5 dans les formes démentielles).

Sur 3 cas de catatonie l'affaiblissement du réflexe accommodateur fut constaté trois fois; la proportion est plus faible dans les formes catatoniques passées à l'état de démence : on ne le constate plus que dans 84,5 p. 100 des cas. Mais dans les autres formes, la proportion est plus élevée dans la phase démentielle. C'est la forme paranoïde qui présente le moins de troubles du réflexe accommodateur.

Nous trouvons donc, en résumé, que les troubles pupillaires sont très fréquents chez les déments précoce, mais aussi qu'ils sont très variables chez le même sujet. Parmi eux la dilatation et les déformations sont les troubles les plus constants chez le même malade.

La dilatation paraît diminuer avec la durée de la psychose, alors que les autres troubles augmentent. Enfin c'est dans les formes catatoniques et délirantes que l'on observe le maximum de troubles pupillaires (1).

f) *Signe d'Argyll Robertson.* — Nous ne l'avons jamais observé. Dans 3 cas seulement les réflexes lumineux furent trouvés affaiblis, alors que les réflexes accommodateurs étaient normaux. Les troubles pupillaires étant très variables chez ces malades, nous ne pouvons rien conclure de ces cas particuliers.

2^e *Réflexes conjonctivaux.* — Ils sont rarement alté-

(1) La proportion considérable de troubles des réflexes pupillaires est due à ce que nous avons tenu compte d'altérations peu accentuées; répétons encore que ces troubles sont variables et

rés, seulement dans 30 p. 100 des cas, et encore ces troubles ne sont-ils pas constants chez le même malade. Nous ne les avons trouvés abolis que dans 2 cas ; dans les autres cas, il y avait un faible mouvement de défense des paupières. Ces troubles se répartissent sur toutes les formes de la démence précoce, sans qu'il soit possible de leur assigner un maximum dans l'une quelconque d'entre elles.

3° *Réflexes tendineux.* — On a déjà noté les troubles des réflexes tendineux. Kræpelin signale l'exagération des réflexes patellaires. Dide a trouvé l'exagération des réflexes patellaires dans 18 cas sur 19.

Nous avons examiné les réflexes patellaires, les réflexes du poignet et les réflexes massétérins. Nous ne tiendrons aucun compte de ces derniers, très difficiles à rechercher chez ces malades : dans quelques cas, nous les avons trouvés exagérés ; mais il est impossible d'apprecier si ces réflexes sont troublés, dans la majorité des cas le malade contractant ses mâchoires.

a) *Réflexe patellaire.* — Les réflexes patellaires sont exagérés dans 73 p. 100 des cas ; souvent on les trouve très exagérés. Nous les avons observés affaiblis dans 4 cas.

La fréquence des troubles est à peu près la même aux diverses périodes de la maladie ; mais l'exagération du réflexe est beaucoup plus grande dans les formes aiguës.

Ce trouble est plus fréquent chez les catatoniques et chez les malades qui, sans présenter de catatonie véritable, sont plongés dans l'hébétude et la demi-stupeur. C'est dans la forme paranoïde que l'exagération est le moins souvent observée, bien que la proportion y soit encore élevée (environ 70 p. 100 des cas).

b) *Réflexe du poignet.* — Les résultats sont à peu près les mêmes : nous trouvons ce réflexe exagéré dans 70 p. 100 des cas, et aboli dans 3 cas (chez les malades qui présentaient de l'affaiblissement des réflexes patellaires).

qu'ils consistent seulement en affaiblissements ; jamais nous n'avons observé d'abolition des réflexes.

Comme pour les réflexes rotuliens les troubles se répartissent d'une façon à peu près égale sur les cas anciens et sur les cas récents; mais l'exagération est plus nette dans les formes aiguës : ce sont les formes hébéphréniques et catatoniques qui présentent le maximum de troubles, et les paranoïdes, le minimum.

Ainsi donc les réflexes tendineux sont très fréquemment exagérés dans la démence précoce.

Nous avons recherché également si ces malades présentaient du clonus du pied ; nous n'avons jamais constaté ce phénomène.

4° *Réflexes cutanés.* — Nous avons vu plus haut que M. Dide, dans son premier mémoire, déclarait n'avoir pas observé un seul cas de démence précoce où les réflexes cutanés fussent normaux.

Nous avons examiné successivement les réflexes cutanés plantaire, abdominal et crémastérien.

a) *Réflexe cutané plantaire.* — L'excitation de la plante du pied provoque une contraction du *fascia lata* et une flexion des orteils. Nous avons recherché ce réflexe avec la tête d'une épingle. Nous le considérons comme aboli quand aucun de ces deux phénomènes ne se manifeste, et comme faible quand l'excitation, très intense, ne produit qu'une très légère flexion des orteils.

Les réflexes cutanés plantaires ne furent trouvés totalement abolis que dans 22,2 p. 100 des cas, et faibles dans 27,7, ce qui donne une proportion de troubles d'environ 50 p. 100. Dans tous les autres cas, le réflexe a été normal. Enfin, chez un malade, nous avons observé le réflexe très exagéré. Ces résultats sont assez variables chez le même individu.

Les troubles diminuent un peu avec l'âge de la maladie. 53 p. 100 dans les formes aiguës, 47 p. 100 dans la période démentielle. Quant aux formes cliniques les troubles se répartissent d'une façon à peu près égale sur chacune d'entre elles.

Dans un cas, l'excitation de la plante du pied détermina de l'extension des orteils.

b) *Réflexe abdominal.* — Le réflexe abdominal n'a été aboli que dans 28,5 p. 100 des cas : dans quatre cas nous l'avons trouvé exagéré. Il s'agissait pour ces quatre sujets de formes catatoniques, dont deux cas aigus, et

deux formes catatoniques démentielles avec état de demi-stupeur.

Les résultats se répartissent à peu près également sur les différentes formes de la maladie.

c) *Réflexe crémastérien.* — Le réflexe crémastérien est plus souvent aboli que les autres réflexes cutanés. Nous l'avons trouvé aboli dans 47,3 cas p. 100. Comme pour les autres réflexes cutanés ces troubles se répartissent assez également sur toutes les formes cliniques.

Dans deux cas le réflexe fut trouvé très exagéré : il s'agissait de deux formes catatoniques, l'une aiguë, l'autre démentielle.

Comme on le voit, les réflexes cutanés sont le plus souvent normaux dans la démence précoce. Les troubles, quand ils existent, sont assez variables ; on ne peut leur assigner une prédominance bien marquée dans telle ou telle forme clinique ou suivant l'époque de l'évolution de la maladie.

Dans quelques cas ces réflexes furent trouvés exagérés : toujours dans ces cas il s'agissait de formes catatoniques, récentes ou anciennes.

5° La *sensibilité à la douleur* (1) est très fréquemment altérée dans la démence précoce ; le plus souvent elle est obtuse, dans deux cas de catatonie nous l'avons trouvée totalement abolie — le malade ne manifestait aucun mouvement de défense même lorsqu'on le piquait profondément.

Nous avons constaté des troubles de la sensibilité à la douleur, dans 53,8 p. 100 des cas ; les troubles diminuent avec les progrès de la maladie ; nous les trouvons en effet dans 70 p. 100 des formes aiguës et seulement dans 45,4 p. 100 des cas appartenant à la période démentielle.

Parmi les variétés cliniques de la démence précoce,

(1) Nous entendons parler ici des réactions du malade à la douleur. Le plus souvent les malades ne réagissent pas ou réagissent peu à des piqûres même profondes. Nous ne voulons pas affirmer qu'il y a analgésie absolue. Aussi les malades peuvent-ils avoir conscience de la piqûre, bien que leur sensibilité soit obtuse. Nous croyons que dans l'espèce, la réaction du malade à la douleur peut fournir des résultats plus certains que son témoignage, variable avec l'état de son attention.

c'est dans la catatonie que l'on observe le maximum de troubles : sur quatre cas nous en avons trouvé trois où la sensibilité était très émoussée et deux autres où elle était abolie ; dans nos deux cas d'hébéphrénie elle fut trouvée obtuse. Au contraire, dans la forme paranoïde nous ne la trouvons affaiblie que dans 66 p. 100 des cas — et dans deux cas de forme simple la sensibilité fut toujours trouvée normale.

Chez nos déments totaux les troubles varient avec le degré d'hébétude du malade : chez les déments agités par exemple la sensibilité à la douleur fut toujours trouvée normale, tandis qu'elle était surtout émoussée chez les sujets plongés dans un état de demi-stupeur et présentant de la tendance à garder les attitudes.

6° *Dermographisme*. — Nous avons recherché le dermographisme chez tous nos malades ; nous ne l'avons constaté chez aucun. Il est vrai que nous ne tenions compte que des cas absolument nets où une saillie peut être perçue par le doigt, c'est-à-dire des cas de dermo-stéréo-graphisme. Nous avons éliminé le dermographisme fruste qui est fréquent. Même chez nos malades catatoniques nous n'avons jamais constaté de dermo-stéréo-graphisme.

7° *Tremblement de la langue*. — Nous n'insisterons pas sur ce signe observé peu fréquemment et dans les formes les plus diverses de la démence précoce.

8° Les troubles sécrétaires sont peu fréquents : dans un cas nous avons constaté de l'hyperhidrose ; il s'agissait d'un catatonique.

9° On note chez quelques malades — quatre cas — une obésité rapide coïncidant avec le passage à la période démentielle.

10° Dans deux cas nous avons trouvé un *développement normal du corps thyroïde* : dans l'un, il s'agissait d'une maladie de Basedow accompagnée de démence paranoïde ; dans l'autre, la malade, issue d'une mère goitreuse avec arrêt de développement physique et psychique, présente un corps thyroïde de volume anormal, de l'obésité précoce, et une infiltration myxœdémateuse de la peau des mains et de la face.

Nous avons observé cette *infiltration myxœdémateuse* de la peau des mains et de la face dans deux autres

cas, bien que le corps thyroïde ne soit pas anormalement développé chez ces malades.

Les *ictus cérébraux*, les *accidents convulsifs* nous paraissent très rares.

En résumé, nous voyons que les troubles somatiques sont assez fréquents dans la démence précoce : aucun d'eux cependant ne se rencontre d'une façon constante ; au contraire, un caractère important de ces troubles est leur variabilité chez le même individu.

D'une façon générale l'on peut dire que les symptômes les plus constants sont :

L'affaiblissement des réflexes lumineux et accommodateur ;

L'exagération des réflexes tendineux ;

La dilatation pupillaire ;

La diminution de la sensibilité à la douleur.

Les autres symptômes (diminution ou abolition des réflexes cutanés, etc.) ne nous paraissent pas assez constants pour que nous leur attachions une importance considérable. Néanmoins ils acquièrent une valeur lorsqu'ils accompagnent les troubles précédemment cités.

Nous avons vu que les symptômes variaient d'intensité avec *l'âge de la maladie*. Il en est deux pour lesquels les troubles rétrocèdent d'une façon bien nette : il s'agit de la dilatation pupillaire et des troubles de la sensibilité à la douleur. Au contraire les altérations des réflexes pupillaires, l'inégalité, les déformations pupillaires augmentent légèrement avec l'âge. Les autres troubles présentent une fréquence à peu près semblable aux diverses périodes de la maladie.

C'est la forme *catatonique* qui présente le maximum de troubles, surtout lorsqu'il s'agit de catatoniques présentant encore des accidents aigus. Parmi les déments totaux, ce sont encore les catatoniques qui présentent le plus de symptômes physiques : la dilatation pupillaire, l'exagération des réflexes tendineux, l'affaiblissement des réflexes pupillaires, l'émoussement de la sensibilité à la douleur sont au maximum chez ces malades.

Vient ensuite la forme *héphénique* ou *délirante* dans laquelle les symptômes offrent une assez grande analogie avec ceux de la catatonie : les troubles de la sensi-

bilité à la douleur y sont cependant moins fréquents.

La forme *paranoïde* présente au contraire des symptômes beaucoup moins constants et moins accentués.

Enfin, parmi les *déments* totaux, les troubles sont beaucoup plus accusés chez ceux qui sont plongés dans un état d'hébétude que chez les malades plus éveillés ou même chez les sujets agités.

En général, les troubles physiques sont donc d'autant plus accentués que la psychose revêt une forme plus aiguë. Il semble que les symptômes en question (sauf cependant l'exagération des réflexes tendineux) appartiennent surtout à la période active d'intoxication diffuse du système nerveux. Ultérieurement, quand le poison a été éliminé de l'économie, les troubles physiques, relevant de l'action généralement passagère du toxique sur les divers territoires de l'axe cérébro-spinal, tendent à rétrocéder. Seuls, ou presque seuls, persistent les symptômes démentiels qui reconnaissent pour cause les lésions graves et permanentes dues à l'action élective du poison de la démence précoce sur les éléments les plus vulnérables de l'écorce cérébrale.

DISCUSSION.

M. J. SÉGLAS. — Je suis d'accord avec MM. Sérioux et Masselon sur les conclusions générales qu'ils viennent de nous exposer : sur la fréquence plus grande des symptômes physiques dans les épisodes aigus, ou dans les périodes rapprochées du début de la maladie, sur leur diminution en accentuation et en fréquence lorsqu'on descend de la forme catatonique, à l'hébéphrénique, enfin à la paranoïde (toutes réserves étant faites sur les limites de cette dernière), enfin sur leur caractère de mobilité dans un cas donné, de variabilité d'un cas à l'autre.

En ce qui concerne chacun de ces symptômes en particulier, il en est quelques-uns pour lesquels les résultats de mes recherches sont un peu différents.

C'est ainsi que relativement aux signes pupillaires, j'ai bien observé assez souvent la dilatation et les déformations de la pupille; mais c'est tout; et je n'ai jamais observé en particulier de modifications bien nettes des réflexes lumineux et d'accommodation, quoique je me sois

attaché tout spécialement à les rechercher. J'ai même été très frappé de trouver d'ordinaire ces réflexes beaucoup meilleurs que chez d'autres catégories de malades, tels par exemple que les épileptiques. Cette divergence dans nos résultats tient-elle justement à la variabilité des symptômes, non seulement dans un même cas, mais d'un cas à l'autre ? Le fait est possible, et serait à rapprocher des constatations négatives de MM. Sérieux et Masselon relativement au dermo-stéréographisme chez les catatoniques, alors que je l'ai trouvé d'une façon constante, et à un degré accentué, chez les quelques catatoniques que j'ai observés.

Quant aux troubles de la sensibilité cutanée, anesthésie ou même analgésie, j'ai souvent trouvé leur détermination exacte extrêmement difficile et l'on n'est pas toujours en mesure de pouvoir affirmer même l'abolition de la sensibilité chez un catatonique, alors qu'il n'existe aucune réaction perceptible de défense et que la chose semble évidente. J'ai observé à cet égard plusieurs faits qui me paraissent assez curieux.

L'un deux concernait un catatonique chez lequel je m'étais cru en mesure de relever déjà à plusieurs reprises une anesthésie et analgésie cutanée manifeste. Un jour que je venais de répéter cet examen avec le même résultat négatif, pendant que j'écrivais des notes à ce propos, je vis par hasard le malade une fois rhabillé, c'est-à-dire au bout d'un temps assez long, porter ses mains aux endroits qui avaient été le siège des excitations, alors que pendant l'examen il n'avait donné aucun signe de réaction. Cela me mit en éveil et je finis par pouvoir constater qu'en réalité ce malade qui, examiné de la façon courante, paraissait totalement insensible, n'avait cependant nullement de l'abolition de la sensibilité, qu'il percevait même des excitations légères, mais avec un retard extrême, énorme, dans la réaction à l'excitation. Ce fait qui se reproduisait chez lui dans d'autres circonstances (mouvements au commandement ou même volontaires), n'était en réalité qu'une des manifestations multiples de ce que certains auteurs ont appelé l'empêchement (intoppo) psychique, si fréquent chez les catatoniques.

Il est d'autres cas dans lesquels l'anesthésie n'est

qu'apparente et dépend seulement d'un des symptômes habituels de la catatonie, le négativisme.

Un de mes malades, qui présentait au plus hant point les phénomènes du négativisme moteur, semblait totalement anesthésique et analgésique ; immobile, muet, les yeux obstinément fermés, raide comme une statue de bois, sans le moindre tressaillement musculaire, sans la plus petite des réactions habituelles de défense à l'excitation. A la suite de l'un de ces examens, le malade est pris d'un de ces rires explosifs, bien connus dans les cas de ce genre. L'infirmier qui le reconduisait lui en demande la cause, et il répond alors : « C'est parce qu'on m'a piqué dans le dos ; quelle drôle d'idée ! » L'excitation avait donc été perçue sans qu'aucune des réactions habituelles fût venue en témoigner ; au lieu d'un fait d'anesthésie, ce n'était plus qu'un fait d'opposition négativistique, qui souvent n'est ainsi qu'une réaction de défense. Aussi dans la recherche des troubles de la sensibilité n'est-il peut-être pas sans intérêt à l'occasion de se rappeler ce qui s'est passé pour l'interprétation des troubles moteurs que Kahlbaum regardait autrefois comme purement spasmodiques et dont Kraepelin a fait plus tard ressortir l'origine psychique.

Dans l'ordre des symptômes physiques il en est un que j'ai rencontré chez certains déments précoces, dans les premiers temps de la maladie, ce sont les variations de poids, amaigrissement ou embonpoint rapides, sans cause explicable et sans rapport saisissable avec l'évolution de l'état mental.

Au point de vue de leur signification clinique, les symptômes organiques relevés chez certains déments précoces peuvent n'être que la manifestation de certaines maladies somatiques définies, avec lesquels le rapport de la démence précoce est parfois difficile à établir.

Ainsi, j'ai observé un malade chez lequel les symptômes cliniques, leur évolution depuis sept ou huit ans, ne permet guère d'autre diagnostic que celui de démence précoce. Beaucoup plus tard sont apparus, chez ce malade que l'on savait syphilitique, un effondrement du nez et des signes pupillaires, inégalité, myosis, signe d'Argyll Robertson. Ces signes physiques me semblent devoir être naturellement rattachés à la syphilis ; mais

quel rapport établir entre eux et les symptômes intellectuels, qui depuis des années restent stationnaires avec l'aspect clinique habituel de la démence précoce et sans aucun trait spécial?

La question générale de la valeur des signes psychiques dans la démence précoce est d'autant plus difficile, à préciser, que les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont pas paru donner d'indications bien caractéristiques. Il serait peut-être intéressant à cet égard de faire une étude comparative de ces mêmes signes dans les autres formes d'aliénation mentale.

M. DENY. — J'ai également vu une démence précoce avec myosis considérable, sans stigmates syphilitiques.

On rencontre, du reste, les troubles les plus variés et les plus disparates.

M. TRÉNEL. — Je suis d'accord avec M. Séglas au sujet de signes pupillaires dans la démence précoce. Ils m'ont paru beaucoup moins intenses que semble le croire M. Sérieux; j'ai rencontré souvent de la dilatation pupillaire, mais n'est-elle pas due à une simple attitude du malade? Un complet examen ophtalmologique me paraît indispensable.

Je signalerai également la rareté relative des formes catatoniques qu'il nous est donné d'observer.

La séance est levée à 6 heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1902.

Présidence de M. MOTET

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

MM. Colin, Larroussinie et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Semelaigne et Dupain, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

- 2° Une lettre de M. Goodall, remerciant la Société de l'avoir élu membre associé étranger ;
- 3° Une lettre de M. Clément Neisser, regrettant de n'avoir pu assister au Cinquantenaire ;
- 4° Une lettre de convocation pour le Congrès d'assistance familiale se tenant à Anvers, du 1^{er} au 7 septembre 1902.

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. Massalongo, intitulées : Sulle artriti anchilosanti et La sindrome miastenica Erb-Goldflam Oppentium ed il concetto morfologico di Giovanni ;

2° La revue de l'Hypnotisme, n° 1.

M. le Trésorier est autorisé à faire les frais nécessaires pour le livre du cinquantenaire de la Société, sur la proposition du Conseil de famille.

Rapports de candidature.

M. SOLLIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Blin, Sérieux et Sollier rapporteur, chargée de vous présenter un rapport sur les titres du Dr Comar, candidat au titre de membre correspondant.

Le Dr Comar, après six années d'externat, se faisait recevoir docteur avec une thèse qui ne rentre pas dans la spécialité des maladies nerveuses ou mentales, en 1895. Ses études et ses goûts le portaient néanmoins vers cette branche de la science médicale et après un an d'exercice de médecine générale, il prenait la direction, d'abord comme collaborateur, puis complètement, d'un établissement destiné spécialement au traitement des maladies nerveuses, de la morphinomanie et des intoxications. Depuis six ans qu'il dirige, avec une grande compétence, cet établissement, le Dr Comar ne s'est pas borné à la pratique. Il a publié un certain nombre de travaux marqués au coin de l'originalité, et il a même eu la bonne fortune de signaler le premier et d'observer d'une façon rigoureuse et scientifique des phénomènes d'une grande importance au point de vue physio-psychologique.

En 1899, il publiait dans la *Presse médicale* un article sur la « Morphinomanie et son traitement par la méthode du sevrage rapide ». Cette observation se rapporte à un des cas de morphinomanie les plus considérables qu'on ait signalés. L'homme qui en était atteint n'absorbait pas moins de 12 grammes de morphine par jour. Il était arrivé en trois mois à la dose de 3 grammes, puis, après diverses interruptions et reprises, à 5 grammes et, enfin, à 12 grammes depuis deux ans. Malgré cette dose énorme, en huit jours, le sevrage put être fait d'un façon absolue, après diminution rapide, et sans que le malade présentât aucun accident grave, ni syncope, ni tendance au collapsus. En deux mois, il était guéri et avait repris 3 kilogrammes.

Le Dr Comar remarque combien il est indispensable d'entretenir le fonctionnement du tube digestif pendant le sevrage, si on veut éviter les accidents graves, et particulièrement ceux venant de la fatigue du cœur, et qu'il est absolument inutile d'employer des succédanés et des hypnotiques, corroborant ainsi par un exemple des plus démonstratifs les règles que j'ai données pour le traitement rapide de la morphinomanie.

La même année, il publiait dans le *Bulletin médical* un travail sur le « Traitement de l'hystérie par le réveil de la sensibilité. » Il s'agit là d'un cas d'hystérie datant de cinq ans, chez une jeune fille de vingt et un ans. Elle présentait de l'hémianesthésie, des crises convulsives, de l'anorexie avec vomissements, de l'ataxie-abasie. Le Dr Comar lui appliqua la méthode que j'ai préconisée sous le nom de réveil de la sensibilité et, en trois mois, cette jeune fille était guérie. Sa sensibilité était parfaite, son appétit excellent ; elle avait engrangé de 18 livres, marchait normalement et avait repris son caractère antérieur. Dix-huit mois plus tard, aucun accident n'était reparu. Au cours de ce traitement, elle avait présenté tous les phénomènes sensitifs et moteurs que j'ai signalés en pareil cas, et, en outre, une régression de la personnalité qui l'avait ramenée à cinq ans en arrière. Le Dr Comar, qui notait au fur et à mesure toutes les phrases que sa malade prononçait au cours du réveil de la sensibilité dans l'hypnose, remarque que ces expressions se trouvent être presque identiques à

celles que j'ai rapportées dans mes observations, démontrant ainsi l'identité des sensations éprouvées par les sujets, ce qui prouve bien qu'il ne s'agit nullement là, comme certains ont paru le dire, de phénomènes de suggestion, d'auto-suggestion, ou d'imaginaires des malades.

En 1900, le Dr Comar publiait dans la *Revue neurologique* un cas qui confirmait d'une façon saisissante les rapports que j'avais signalés de la cénesthésie cérébrale avec la mémoire. Il s'agissait d'une femme de trente et un ans atteinte d'amnésie totale rétro-antérograde, avec quelques troubles de sensibilité, un peu d'anorexie, etc. Ces divers troubles disparurent vite. La sensibilité revint normale partout, et les troubles fonctionnels disparurent ; seule, l'amnésie totale persista, et en même temps une anesthésie du front. Plongée dans l'hypnose, et réveillée par mon procédé habituel, elle rétrograde comme personnalité à onze ans en arrière, puis redescend le cours de son existence et, au fur et à mesure qu'elle se réveille et recouvre ainsi sa mémoire et sa personnalité normale, la sensibilité frontale reparaît. Dans ce cas, le Dr Comar s'était borné à lui ordonner de se réveiller de plus en plus complètement, sans lui parler le moins du monde de ses souvenirs à recouvrer, ni daucun des événements de sa vie et de sa maladie. Puis, comme il arrive souvent en pareil cas, l'anesthésie frontale reparut et au fur et à mesure qu'elle revient et s'accentue, l'amnésie reparut, elle aussi, et s'étendit sur une période de plus en plus longue. Ce retour parallèle de l'anesthésie frontale et de l'amnésie, alors que la sensibilité dans ses autres modes et dans les autres régions ne se modifiait pas, constitue une contre-expérience de la plus haute valeur. Mais ce n'est pas tout, et après s'être borné pour retrouver la sensibilité frontale et par là faire disparaître l'amnésie, à réveiller purement et simplement son sujet, le Dr Comar, cette fois, fait recouvrer la sensibilité cérébrale à son sujet. Et de nouveau l'anesthésie disparaît, le sujet repasse par tous ses états antérieurs de personnalité et se réveille. Anesthésie et sommeil cérébral sont donc choses équivalentes, ainsi que je l'ai soutenu. Restauration de la sensibilité et réveil cérébral sont

donc aussi choses équivalentes, et les troubles hystériques ne sont bien dûs qu'à un état de sommeil spécial du cerveau, dont le réveil les fait disparaître. De plus, dans le cas particulier, c'est l'anesthésie du cerveau antérieur, manifestée objectivement par l'anesthésie de région frontale, qui entraîne l'amnésie, mettant ainsi en évidence la corrélation de ces deux phénomènes, à la fois, par coïncidence, et par leur disparition et réapparition parallèles.

Enfin, dans un travail plus récent, paru en 1901, dans la *Revue neurologique*, le Dr Comar a attiré l'attention sur des phénomènes d'*auto-représentation de l'organisme chez quelques hystériques*, qui sont tout nouveaux et qu'il a observés et décrits avec le plus grand soin. Au cours du réveil de la sensibilité chez certains grandes hystériques en état d'hypnose et lorsqu'elles arrivent jusqu'à la fin de la restauration complète de la sensibilité générale, et particulièrement de leur cénesthésie, on constate qu'elles ont conscience de la forme et de la constitution anatomique de leurs organes. Cette représentation de leurs viscères, de leurs vaisseaux, est d'une précision extraordinaire quoique faite ordinairement dans un langage vulgaire, et avec des comparaisons courantes, et porte non seulement sur l'anatomie macroscopique, mais quelquefois même sur les détails de constitution microscopique.

L'oubli, d'ailleurs, de cette sorte de vision intérieure suit le moment où elle se produit et le sujet n'est pas capable de décrire ses organes lorsque la sensibilité consciente et normale est revenue.

Le Dr Comar s'est borné à rapporter ces faits, au nombre de trois, et qu'il a observés dans des conditions qui mettent à l'abri de toute idée de supercherie ou de réminiscence des malades. Il n'en a d'ailleurs voulu tirer aucune conclusion pour le moment. J'ai moi-même observé des faits semblables, et où les choses se sont présentées d'une façon absolument identique. Il paraît bien évident que dans de certains cas d'hypnose profonde le sujet peut prendre connaissance de certains organes et de leur fonctionnement, alors qu'il en est incapable dans les états d'hypnose légère, et plus encore dans la veille. On comprend, sans que j'y insiste davantage, quel jour

de pareils faits jettent sur ce qu'on appelle la conscience et sur les conditions de son apparition, et aussi, secondairement, sur la suggestion.

Ces divers travaux, Messieurs, que leur auteur, placé dans les meilleures conditions d'observation possibles, poursuit chaque jour, me semblent amplement justifier la candidature de M. le Dr Comar, et en l'admettant parmi nous, je suis convaincu que notre société fera une excellente recrue qui lui apportera des travaux sérieux et originaux.

M. Comar est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Christian, Ritti et Moreau (de Tours), rapporteur, d'examiner les travaux que le docteur Medea, de Milan, nous a adressés pour sa candidature au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Le Dr Medea n'est pas un inconnu parmi nous. Neveu de notre regretté collègue Serafino Biffi, il a collationné les travaux de ce savant et a eu la gracieuseté de nous adresser en hommage un exemplaire qui a été déposé à la bibliothèque de la Société médico-psychologique. C'est sous la direction de cet illustre savant qu'il a acquis le goût et l'amour de ces études si attachantes de la psychologie. Longue est la liste des travaux déjà publiés par notre confrère. Le soin avec lequel il a étudié les différents sujets, et, j'ajonterai, après les avoir lus, avec quelle netteté et quelle clarté il a exposé les questions les plus délicates, nous sont un sûr garant que les études auxquelles il met la dernière main et qui doivent paraître dans le courant de cette année présenteront un intérêt non moins considérable. Je ne dois pas omettre de signaler que le Dr Medea, médecin de l'hôpital Majeur de Milan, médecin de l'établissement d'Andora pour la section neuro-psychiatrique, fait encore partie de nombreuses Sociétés comme membre actif à titre de secrétaire, qu'il dirige enfin avec un «compétence incontestable le « *Bulletino della poliambulanza* », recueil bien connu de nous tous, qu'il collabore à la *Revue de psychiatrie* de notre collègue le Dr Toulouse, à la « *Rivista di freniatria e medicina* ».

legale », à la « *Rivista di psychologia nervose e mentale* », etc., etc.

C'est vous dire, Messieurs, qu'en nous attachant le Dr Medea ce sera un travailleur actif qui rendra à la Société les plus grands services en nous tenant au courant des travaux italiens. En conséquence, Messieurs, votre commission vous propose d'accorder au Dr Medea le titre de membre associé étranger, qu'il sollicite de vos suffrages.

M. Medea est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.

Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale,

par MM. GUIARD et DUFLOS, internes des Asiles de la Seine.

La ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ont pris une grande importance dans le diagnostic des affections mentales et plus particulièrement de la paralysie générale. Il est prouvé que dans la paralysie générale, avérée, cliniquement diagnostiquée, la lymphocytose est constante et permanente; mais il nous semble que l'on n'a pas insisté suffisamment sur la date d'apparition des lymphocytes dans la paralysie générale. Elle semble être précoce et par là même prendre une importance capitale pour le diagnostic parfois si difficile de la paralysie générale au début. La présence d'éléments figurés permet de préciser le diagnostic et d'éliminer les vésanies dans lesquelles le liquide céphalo-rachidien ne contient aucune cellule blanche.

La constatation de ces éléments n'a point une valeur spécifique, il est vrai, d'autres processus que celui de la paralysie générale pouvant déterminer la lymphocytose. Celle-ci indique seulement la présence de lésions anatomiques, et plus spécialement de lésions méningées; elle permet de porter le diagnostic anatomique d'affection organique chronique du système nerveux et rien de plus. Il n'en est pas moins certain que lorsque, par la clinique, on ne peut que soupçonner la paralysie géné-

rale, lorsque l'ensemble symptomatique n'est pas assez net pour permettre de porter ce diagnostic ou lorsqu'il est masqué par d'autres manifestations qui peuvent donner le change, on aura dans la présence ou l'absence de lymphocytes un élément précieux de diagnostic.

Nous avons observé trois malades pour le diagnostic desquels l'examen du liquide céphalo-rachidien a été d'un grand secours.

Obs. 1. — M..., marinier, âgée de quarante-deux ans, entre le 20 octobre 1901 dans le service du Dr Legrain. Les certificats antérieurs portent qu'il est atteint « d'alcoolisme avec hallucinations pénibles, zoopsie, tremblement des mains ».

A son arrivée, il est encore un peu excité; hallucinations professionnelles : il voit ses bateaux, assiste à la manœuvre de ses mariniers. Très confus, il ne se rend pas compte du lieu où il est, ne sait depuis combien de temps il est interné, croit reconnaître les personnes qui l'entourent. Il déclare qu'il boit chaque matin un petit verre de rhum, un ou deux litres de vin et « quelques petits marcs ».

Au point de vue physique, on note un tremblement très marqué des mains et de la langue, une légère inégalité pupillaire avec conservation du réflexe lumineux, une égale exagération des réflexes patellaires, avec une démarche légèrement spastique sans trépidation spinale. La parole est embarrassée, bredouillante, mais sans caractères spéciaux, sans accrocs ni achoppements caractéristiques.

La ponction lombaire est pratiquée le jour même et nous permet de constater la présence de rares éléments polynucléaires, de quelques cellules épithéliales et surtout de très nombreux lymphocytes.

Les jours suivants, le malade est plus calme. Les hallucinations ont disparu.

L'examen du malade, plus facile, permet de constater un affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles, un état de satisfaction morbide et d'apathie complète ; il est moins confus, mais l'amnésie persiste. Il ne sait ni où il est, ni en quelle année nous sommes, ni comment il est venu ici. Il se trouve très bien, ne demande qu'à rester. L'état général est bon. Les signes physiques se sont peu modifiés. Le tremblement des mains et de la langue persiste, mais beaucoup moins marqué.

Le 6 décembre, un mois et demi après son entrée, on constate chez ce malade un léger myosis, avec persistance de l'inégalité pupillaire, réaction lente à la lumière. L'état des réflexes n'a pas varié. Tremblement de la langue et des lèvres, avec

embarras de la parole, véritable bredouillement parfois incompréhensible.

Au point de vue psychique, on note la persistance de l'état de confusion et des idées de satisfaction. Indifférence absolue. Il ne songe qu'à manger et à dormir. Amnésie portant sur tous les faits récents. Affaiblissement démentiel sans délire.

Examen du 7 janvier 1902. — Depuis le mois de novembre, la maladie a suivi une marche progressive. Les signes physiques ont un peu varié : les réflexes rotuliens sont maintenant affaiblis, la trémulation de la langue et des lèvres est telle qu'elle ne permet plus de saisir le sens des phrases que prononce le malade. Léger ictus ayant laissé une parésie du côté gauche avec déviation de la langue du même côté. La marche est devenue impossible. Gâtisme. Etat de démence complète. Mort le 30 avril, à la suite d'attaques épileptiformes. A l'autopsie, on trouva les lésions classiques de la paralysie générale.

OBS. II. — R..., âgé de quarante-quatre ans, entre le 30 septembre 1901 dans le service de M. le Dr Legrain. Il est dans un état d'excitation intense avec hallucinations multiples. Son délire est un mélange incohérent d'idées de grandeur, de persécution et hypocondriaques. Pourtant, les idées ambitieuses prédominent. Loquacité incessante, association de mots par assonance, agitation motrice, gâtisme par intervalles.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Léger tremblement de la langue. Aucun trouble de la parole. Réflexes rotuliens normaux.

La ponction lombaire, pratiquée le 3 octobre, permet de constater de très nombreux lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien.

2 novembre. — Le malade est dans le service depuis un mois. L'excitation maniaque n'a point cessé un seul instant. Verbigération interassable. Incohérence complète. Suite d'idées décousues et d'états émotionnels variés. Il est toujours expansif, ambitieux ; toutefois, le délire est beaucoup moins intense, l'agitation beaucoup moins vive. Mais sous cette excitation, un examen attentif ne permet pas de déceler un état bien marqué d'affaiblissement intellectuel et d'amnésie ; car, si l'on parvient à fixer son attention, il fait quelques réponses pertinentes : il dit son âge, en quelle année nous sommes, il a pu faire quelques calculs assez compliqués. Les hallucinations semblent avoir disparu. Il ne parle plus des rayons X, *qu'il voyait, qui le saturaient et lui travaillaient l'estomac.*

Pendant les mois de novembre et de décembre, le délire peu à peu s'atténue, disparaît. C'est un état franchement maniaque avec loquacité, associations par assonances, incohérence, mouvements désordonnés. De temps en temps apparaissent quelques

idées de grandeur ou de persécution, mais elles sont rares. Au point de vue physique, on ne note que la persistance du tremblement de la langue et une légère inégalité pupillaire : aucun trouble de la parole.

L'amélioration des symptômes psychiques continue pendant les mois de janvier et de février. Le délire a complètement disparu : l'excitation maniaque s'est calmée. Le malade répond bien aux questions qu'on lui pose. Il sait qu'il est dans un asile d'aliénés : il demande instamment sa sortie. Il se souvient parfaitement qu'il a quitté son pays (il est de Besançon) au mois de septembre et qu'il est venu à Paris pour voir un de ses cousins. Tout cela est exact et il donne des détails précis. Mais il ne se souvient que très vaguement de son délire et il n'apprécie pas la durée du temps qu'il a passé ici. Une nouvelle ponction, faite le 15 mars, permet de constater dans le liquide céphalorachidien, examiné par M. le Dr Devaux, de nombreux lymphocytes.

Pendant les mois d'avril et de mai, le malade est d'un calme absolu : mais il devient peu à peu apathique, indifférent. Il semble avoir perdu toute initiative et toute spontanéité. Il ne demande plus jamais à s'en aller. Il vit une existence en quelque sorte machinale. Sa mémoire, encore assez précise sur bien des points, présente des lacunes sur les événements récents. Le tremblement de la langue s'est accentué : il y a un véritable mouvement de trombone. Les pupilles, inégales, présentent le signe d'Argyll. Les réflexes rotuliens sont affaiblis et inégaux.

On ne constate pas d'accrocs de la parole bien appréciables.

Des renseignements fournis par la femme, il résulte que la maladie a débuté vers le mois de juillet 1901. R... a commencé à divaguer. Il devenait loquace, se croyait riche, faisait des projets, des achats, des commandes de choses insignifiantes. Le 17 septembre, il quitte la maison et part pour Paris, sans motifs.

Quoique cafetier, il était sobre et n'a jamais présenté de troubles mentaux ou physiques d'origine alcoolique. Il n'a pas d'antécédents héréditaires et n'avait jamais été malade. Il nous a déclaré avoir eu la syphilis à dix-neuf ans.

OBS. III. — S..., trente-quatre ans, fruitier, entre à Ville-Evrard le 19 novembre 1901. Il est dans un état de confusion absolu. Il ne répond à aucune question, reste inerte et insensible à toutes les excitations. Il gâte. Il présente un délire incohérent, où il est question de chevaux, de voitures, comme dans un délire professionnel. Par moments, il a des mouvements automatiques, se frappe les yeux de ses poings, étend les bras en croix. Très égaré, il reste assis sur son lit : il semble sortir d'un rêve, regarde autour de lui, et les quelques paroles qu'il

répond enfin à de nombreuses interrogations posées avec insistance n'ont aucun rapport avec ce qu'on lui demande.

Les pupilles sont inégales ; elles sont plutôt en myosis et ne réagissent pas à la lumière. Il n'y a pas de fièvre, mais plutôt une tendance à l'hypothermie.

Trois jours après son entrée, nous pratiquons la ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien est vierge de tout élément figuré.

Le malade reste pendant un mois dans cet état de confusion mentale accompagné d'agitation automatique, de mouvements désordonnés, d'un délire incohérent, sorte d'état de rêve dont on ne peut le faire sortir, malgré toutes les incitations. Les pupilles restent inégales et insensibles à la lumière ; l'état général est mauvais, l'amaigrissement très marqué. Il a de la fièvre, avec un pouls petit, des extrémités cyanosées. Etat cataleptique.

Pendant le mois de décembre, le malade sort peu à peu de sa confusion. Il parle et répond aux questions, très mal d'abord ; il semble fatigué, fait de grands efforts pour se souvenir, puis bientôt se tait. Tremblement de la langue. Les troubles pupillaires persistent. Refus d'aliments et gâtsme par intervalles.

L'amélioration continue pendant le mois de janvier. Le malade répond maintenant, sans trop d'effort, des phrases bien adaptées aux questions qu'on lui pose.

Il ne se souvient de rien ; il lui semble qu'il est ici depuis une éternité. Les signes physiques disparaissent, l'état général s'améliore et le malade sort guéri au mois d'avril, après un séjour de six mois.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'aliénés dans la famille. Il a deux frères et une sœur bien portants. Il a déjà été interné deux fois en 1895 et en 1897 pour délire alcoolique.

Dans ces trois cas le diagnostic était difficile. Dans le premier, on pouvait penser qu'on avait affaire à un simple accès de délire alcoolique aigu dont le malade allait guérir rapidement. Mais la présence de lymphocytes imposait des réserves dans ce pronostic et nous avons vu en effet se développer, après la disparition des accidents surajoutés dus à l'intoxication alcoolique, les symptômes d'une méningo-encéphalite diffuse. On n'a jamais trouvé dans l'alcoolisme, sauf dans les cas de méningite chronique alcoolique (1), des éléments figurés

(1) Dufour. Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas

dans le liquide céphalo-rachidien. En effet, trois cas de névrite périphérique alcoolique ponctionnés par M. Monod ont donné un résultat cytoscopique négatif. Il en est de même des résultats publiés par MM. Widal, Sicard et Ravaut (1) dans le delirium tremens; par Breton (2) (de Dijon) dans un cas d'alcoolisme chronique avec syphilis; par Laignel-Lavastine (3) dans deux cas d'alcoolisme subaigu et un cas de polynévrite chez un buveur d'absinthe; par Nageotte, dans un cas d'alcoolisme chronique et dans un cas d'alcoolisme subaigu; par MM. Babinski et Nageotte (4) dans un cas de polynévrite alcoolique; par M. Joffroy dans un cas d'alcoolisme chronique avec accès aigu (5); par l'un de nous dans deux cas d'alcoolisme chronique (6).

Le cas que nous rapportons nous semble pouvoir être comparé à celui qu'a publié ici même M. le professeur Joffroy, d'un alcoolique chronique, en période aiguë, à la suite d'accès récents, présentant une réaction leucocytaire marquée. Rien à cette époque ne faisait soupçonner le début d'une paralysie générale et cependant, après une rémission temporaire, la maladie évolua dans le sens de la paralysie générale (7).

Dans notre second cas, nous nous trouvions en présence d'un état d'excitation maniaque avec hallucinations. Ici on pouvait penser, en l'absence de signes physiques de paralysie générale, à un accès de délire alcoolique aigu, à un accès de paranoïa aigu, à un état d'excitation chez un intermittent. Mais la constatation des lymphocytes nous permettait d'éliminer les vésa-

de méningite chronique alcoolique. Société méd. des hôpitaux, 11 octobre 1901.

(1) Widal, Sicard et Ravaut. Société méd. des hôpitaux, 18 janvier 1901.

(2) Breton (de Dijon). Cyto-diagnostic. Gazette des hôpitaux, 29 août 1901.

(3) Laignel-Lavastine. Société méd. des hôpitaux, 21 juin 1901.

(4) Babinski et Nageotte. Société méd. des hôpitaux, 24 mai 1901.

(5) Joffroy. Société méd. des hôpitaux, 7 juin 1901.

(6) Duflos. Thèse, 1901.

(7) Joffroy. Nombreux éléments cellulaires constatés à la fin d'un accès d'alcoolisme subaigu chez un alcoolique chronique ne présentant pas actuellement les signes de la paralysie générale. Soc. méd.-psych., 20 mai 1901.

nies, car les recherches faites sur le cytodiagnostic dans les maladies mentales, notamment celles de MM. Séglas et Nageotte (1), Dupré et Devaux (2), ont permis de constater l'absence de ces éléments dans le liquide céphalo-rachidien des vésaniques.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une confusion mentale. Le diagnostic était plus facile avec la paralysie générale. Mais il n'en est pas toujours ainsi, comme l'a si bien montré M. Séglas (3), et nous avions là quelques signes physiques qui faisaient penser à la paralysie générale. En tout cas, l'absence de lymphocytes nous faisait écarter le diagnostic d'affection organique du système nerveux et porter un pronostic favorable que justifia l'évolution clinique et la guérison.

DISCUSSION

M. JOFFROY. — Je me propose de faire au Congrès de Grenoble une communication, en collaboration avec mon élève M. Mercier, sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic de la paralysie générale, et là je donnerai les conclusions des faits déjà nombreux que j'ai observés et qui ont servi de base à la plupart des leçons que j'ai faites cette année à Sainte-Anne.

Aujourd'hui, je ne dirai que quelques mots pour appuyer ce que vient de dire le présentateur.

L'examen du liquide céphalo-rachidien m'a permis d'affirmer l'existence de la paralysie générale dans des cas douteux où il n'y avait pas de troubles de la parole.

De même dans des cas où il n'y avait pas de troubles pupillaires : ni inégalité, ni signe d'Argyll Roberston.

Il m'est même arrivé, grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien, de faire le diagnostic en l'absence de troubles évidents du langage ou de l'iris.

Mais où la ponction lombaire rend des services incontestables, c'est quand on se trouve en présence de ces alcooliques qui ont des troubles de la parole, de la confu-

(1) Séglas et Nageotte. *Société méd. des hôpitaux*, 7 juin 1901.

(2) Dupré et Devaux. *in.*, 7 juin 1901.

(3) Séglas. *Leçons cliniques sur les malades mentales*.

sion mentale, de l'amnésie, etc. Autrefois, je laissais au temps le soin de me donner les éléments du diagnostic, aujourd'hui je fais la ponction lombaire, et toujours l'événement a prouvé qu'il s'agissait d'une paralysie générale quand il y avait des lymphocytes en nombre pathologique, et qu'il ne s'agissait pas de paralysie générale quand on n'en trouvait pas.

J'en dirai autant des malades présentant des accès maniaques avec idées de grandeur et donnant l'impression, ou du moins l'idée, qu'on peut se trouver au début d'une paralysie générale. Là encore la ponction lombaire m'a paru être un guide précieux et sûr.

En résumé, je regarde la ponction lombaire comme constituant actuellement le signe physique le plus précoce et le plus important pour le diagnostic de la paralysie générale. C'est ce que j'enseigne depuis plus d'une année et l'expérience ne fait que me confirmer dans cette conviction.

M. LEGRAIN. — Le nombre des expériences est très grand et semble bien montrer une sorte de signe pathognomonique de la paralysie générale. Le second cas que M. Guiard a cité semblerait cependant indiquer que la paralysie générale n'est pas la seule maladie où les lymphocytes se montrent. Or, ce malade a présenté de la manie aiguë pendant cinq mois. Il sort de là avec de l'affaiblissement intellectuel. Puis il a été assez bien pour que je le remette en liberté. S'il évolue sur la paralysie générale, le signe en question deviendrait très important.

M. VIGOUROUX. — J'emploie couramment la ponction lombaire et elle ne m'a jamais trompé.

M. TOULOUSE. — M. Joffroy a-t-il remarqué que certains alcooliques chroniques présentent des lymphocytes?

M. JOFFROY. — Il semble bien que l'on puisse parfois trouver des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien de certains alcooliques chroniques, et le malade de M. Dufour semble en être la preuve. Je dis « semble », car pour être affirmatif il faudrait avoir suivi le malade assez longtemps pour être certain que cet alcoolique n'a pas fini par verser dans la paralysie générale. En tout cas je puis dire, qu'en ce qui me concerne, je n'ai jamais trouvé d'éléments blancs dans le liquide céphalo-rachi-

dien, ni des alcooliques aigus, ni des alcooliques chroniques présentant ou non une poussée aiguë; mais je n'affirme pas qu'on n'en puisse jamais rencontrer.

Je dirai encore que chez deux malades présentant une psychose polynévritique d'origine nettement alcoolique nous n'avons, dans aucune des ponctions répétées que nous avons faites, jamais trouvé d'augmentation du nombre des éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien.

De sorte qu'on peut opposer à cette notion que dans la paralysie générale il y a de nombreux éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien, cette autre notion que dans l'alcoolisme aigu ou chronique, il n'y a pas (sauf peut-être de très rares exceptions?) d'éléments blancs dans ce liquide.

M. NAGEOTTE. — Je suis de l'avis de M. Joffroy sur la valeur de la ponction lombaire dans la paralysie générale. Mais dans toute syphilis cérébrale, il y a de la lymphocytose dès le début. Or, il existe des formes de syphilis cérébrale qui commencent comme de la syphilis cérébrale et finissent comme la paralysie générale.

La lymphocytose ne peut pas servir dans ce cas. Il en est de même chez des syphilitiques qui présentent de la neurasthénie.

M. JOFFROY. — J'ajouterais encore un mot, c'est que non-seulement la ponction lombaire a fait faire au diagnostic de la paralysie générale un progrès colossal, mais elle en réalisera d'autres.

L'an dernier, au milieu de vous, j'insistais un jour sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier le processus du symptôme, caractérisé par la présence des éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien, je disais qu'il fallait préciser le moment où apparaissent ces éléments pathologiques, et rechercher ce qu'ils deviennent, etc.; aujourd'hui j'ajouterais que cette étude nous fera mieux connaître la marche de la paralysie générale, nous indiquera peut-être les arrêts de la maladie, et nous permettra peut-être d'affirmer un jour, non-seulement qu'il y a des paralysies générales qui s'arrêtent, mais qu'il y en a qui guérissent.

Je n'insiste pas sur ces considérations qui trouveront du reste place dans la communication que je vais faire

dans quelques jours en collaboration avec M. Mercier.

M. NAGEOTTE. — Il en sera sans doute de la paralysie générale comme de l'ataxie, dont nous connaissons aujourd'hui des formes légères, bénignes qui s'arrêtent.

M. LEGRAIN. — Il n'est pas impossible qu'en dehors de la paralysie générale et du tabès, il y ait un travail phlegmasique donnant lieu à de la lymphocytose.

M. NAGEOTTE. — Dans la psychose polynévritique, les lésions anatomiques ne présentent rien qui explique la possibilité de la lymphocytose. Tout individu peut avoir, comme au cours du zona par exemple, de la lymphocytose. Ce qu'il faut pour établir sa valeur, c'est qu'elle soit constante à des époques diverses.

M. VIGOUROUX. — J'ai compté les leucocytes dans la paralysie générale, et j'ai trouvé de grandes variations de 0,5 à 10 par centimètre cube.

La séance est levée à 8 h. 1/2.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1899 (*Suite et fin*) (1).

XVII. — *De l'automatisme ambulatoire* (Fugues-Dromomania); par le Dr L.-E. Bregman (numéro de septembre). — L'auteur a observé un enfant de quatorze ans, qui, depuis sa septième année faisait périodiquement des fugues; quittant la maison paternelle où il ne manquait de rien, pour faire des absences de plusieurs jours, plusieurs mois, et même d'une année entière. La première fugue eut lieu peu après la mort d'un frère, et le malade avait une tendance à aller séjourner sur la tombe du défunt.

Pendant son absence d'une année, il avait servi dans une maison où il avait trouvé un petit garçon ressemblant à son frère défunt, et s'était finalement mis dans la tête que c'était le défunt lui-même. Une fois, dans ses pérégrinations, il s'est vu accompagné par son frère et son père défunts, et par le chien favori de la maison.

D'une manière générale, ces fugues présentaient les particularités suivantes :

1^o Elles étaient indépendantes de la volonté, l'enfant se sentant poussé en avant par quelque chose d'indéfinissable, plus fort que sa volonté; — aucun besoin matériel ne justifiait la fugue;

2^o Quoique le patient, au moment des fugues, n'eût pas conscience des motifs qui l'y poussaient, l'attraction vers son frère défunt semblait toujours jouer un rôle;

3^o Jamais le malade ne commit de délit dans ses fugues; jamais il ne fut trouvé en état d'ébriété;

4^o Le souvenir de ce qui s'était passé pendant les fugues, était conservé d'une manière générale, quoique avec quelques lacunes que le malade comblait avec son imagination.

(1) V. les *Annales* de mai-juin 1902, p. 493.

L'auteur rappelle que des phénomènes analogues ont été décrits par les auteurs français sous le nom d'automatisme ambulatoire, de fugues, de délire ambulatoire. Charcot a voulu voir dans ces accidents des phénomènes d'épilepsie larvée; mais plusieurs raisons, entre autres la conservation du souvenir des actes, font rejeter cette hypothèse.

D'autres auteurs, Tissié et Raymond, mettent ces accidents sur le compte de l'hystérie, en se basant sur le dédoublement de la personnalité observé dans plusieurs cas, de sorte que sous l'influence de l'hypnose le souvenir des faits passés pendant les fugues ait pu être rétabli.

Raymond range dans le groupe des « fugues des dégénérés ou psychasthéniques », les fugues avec conservation plus ou moins intacte du souvenir.

L'auteur estime que dans son cas l'épilepsie et l'hystérie doivent être écartées. Son sujet étant fortement taré au point de vue de l'hérédité nerveuse et psychopathique, il croit qu'il s'agit d'impulsions comparables à celles qu'on observe chez les dégénérés (dipsomanie, kleptomanie, etc.), impulsion que Régis a désigné avec raison sous le nom de « dromomania ». Ces impulsions, suivant l'auteur, relèvent de la dégénérescence, et si par hasard, elles sont compliquées d'épilepsie ou d'hystérie, cela n'est pas une raison suffisante de considérer ces fugues comme des accidents hystériques ou épileptiques.

Quant aux hallucinations observées dans son cas, et non encore signalées par d'autres auteurs, il est tenté de les imputer au surmenage et à l'inanition, conséquence des marches forcées sans alimentation suffisante.

XVIII. — *Erythrophobie*; par le Dr Brassert (numéro d'octobre). — L'auteur rapporte deux cas d'érythrophobie : le premier chez un commerçant qui, contrepassant à l'âge de dix-sept ans des femmes allant à leur travail, se sentit subitement devenir tout rouge. A partir de ce moment il se trouva, dans toutes ses relations, gêné par la crainte de rougir. La nuit, le demi-jour, l'éclairage artificiel le mettaient un peu à l'aise, en lui donnant l'assurance que sa rougeur passerait inaperçue ; mais il rougissait par contre même dans son lit, quand la préoccupation de son infirmité l'obsédait. C'est un névropathe, sa mère souffre d'une névrose convulsive. L'auteur a constaté chez lui un dermographisme très accentué (*urticaria factitia*). Les consultations médicales amenaient quelque soulagement, probablement par voie de suggestion.

Pas d'habitudes d'onanisme, pas d'excès alcooliques.

Le deuxième cas concerne un célibataire de vingt-cinq ans, onaniste jusqu'à l'âge de vingt et un ans, très neurasthénique. Depuis un an, il rougit à tout propos ; il lui arrive de prévenir ses voisins de théâtre de ne pas s'étonner de la rougeur de son visage, tellement cette rougur le préoccupe. Il se sent soulagé dans l'obscurité.

Passant en revue les différentes explications de l'érythrophobie, l'auteur se rattache à celle de Bechterew, qui attribue la rougeur à l'irritabilité excessive des centres corticaux vasodilatateurs qui entreraient en action sous l'influence d'impulsions psychiques faibles, telles que la simple crainte de rougir. Les phénomènes dermographiques observés chez l'un de ses malades viennent à l'appui de cette théorie.

XIX.—*Analyse de la fonction des faisceaux postérieurs de la moelle*; par les Drs Münzer et Wiener (numéro d'octobre). — Les recherches faites par les auteurs à l'Institut de pathologie expérimentale de Prague, les amènent à formuler comme suit le rôle des faisceaux postérieurs de la moelle :

1° Il faut admettre avec Schröder van der Kolk, que toutes les racines nerveuses sensitives se divisent, à leur entrée dans la moelle, en deux parties, dont l'une, pour les sensations douloureuses (tactiles, thermiques), se rend aux masses de substance grise, tandis que l'autre monte directement dans les cordons postérieurs.

2° Ceci explique l'inexcitabilité des racines postérieures, par suite de la compression de l'aorte. La partie qui donne lieu aux sensations douloureuses trouve ses communications avec la substance grise rompues, et l'autre partie composée des fibres « bulbopètes », ne joue pas de rôle dans la production des sensations douloureuses.

3° Les réactions douloureuses sont produites par les fibres « myélopètes » des racines postérieures, et par celles des faisceaux endogènes courts, les faisceaux endogènes longs et les fibres bulbopètes n'intervenant pas. L'insensibilité des cordons postérieurs après compression de l'aorte, s'explique par la destruction de la substance grise en tant qu'organe d'origine des fibres courtes endogènes.

4° En ce qui concerne la question de la transmission des sensations douloureuses après l'entrée dans la substance grise, il est certain que de ce point la plus grande partie de la voie secondaire se dirige de bas en haut, dans le cordon latéral.

D'autre part, la transmission de ces sensations peut aussi avoir lieu, pour des régions très circonscrites, par une autre voie, notamment par les cordons postérieurs, cette voie paraissant anatomiquement représentée par les fibres courtes endogènes.

5° Quoique les méthodes employées par Langendorf ne soient pas à l'abri de toute critique, les auteurs sont d'accord pour admettre avec lui que les constatations faites pour les sensations douloureuses, s'appliquent aussi aux sensations thermiques, et que ces sensations, comme les sensations tactiles, suivent la voie des racines postérieures qui sont reliées à la substance grise de la moelle.

Le rôle des fibres bulbopétées des racines postérieures est de servir de transmission aux sensations de mouvement.

6° Il est vraisemblable que les deux parties des faisceaux radiculaires postérieurs, vouées à des fonctions différentes, émanent des mêmes cellules du ganglion spinal.

Les auteurs ajoutent que leurs conclusions se trouvent d'accord avec les données que vient de publier Oppenheim sur la transmission de la sensibilité, à propos de ses recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la paralysie de Brown-Séquard ; sauf, néanmoins, en ce qui concerne les sensations tactiles ; et ils ajoutent, qu'en tout cas, leurs travaux sont corroborés par les idées de Brown-Séquard sur le complexus symptomatique auquel il a donné son nom.

XX. — *Traitemenit de l'herpès zoster*; par le prof. Beuler, de Zurich (numéro de novembre). — Depuis dix ans, l'auteur a traité plus de vingt-trois cas d'herpès zoster par l'application de la cocaïne (badigeonnage ou application d'une compresse imprégnée d'une pommade à 1 p. 100). La guérison a été obtenue constamment dans l'espace de huit ou dix jours, et toujours le soulagement fut immédiat. Des aliénés qu'on n'avait pu badigeonner sur toute la partie douloureuse virent le mal guérir sur la partie badigeonnée et de développer sur celle non traitée. En raison du prix élevé de la cocaïne, l'auteur a employé aussi l'orthoforme : les résultats furent favorables, mais plus lents. En outre, l'orthoforme se décompose dans les pommades et peut provoquer des gangrènes ; il faut donc recourir à une autre préparation pharmaceutique.

L'auteur estime que la notion exacte des effets toxicologiques de la cocaïne pourrait peut-être expliquer la pathogénie de l'herpès zoster.

XXI. — *Un réflexe antagoniste*; par le Dr Schaefer, de

Berlin (numéro de novembre). — Dans six cas, dont cinq de lésions organiques graves du cerveau, l'auteur a observé le réflexe suivant : quand on comprime entre le pouce et l'index, perpendiculairement à la direction de ses fibres, le tendon d'Achille, il se produit une contraction des extenseurs des orteils et du tibial antérieur au lieu d'une contraction légère des fléchisseurs des orteils, comme on l'observe chez l'homme sain.

L'auteur estime que ce n'est pas là un réflexe dû à l'augmentation de l'excitabilité, et provoqué par voie indirecte par la flexion légère des fléchisseurs ; car, dans plusieurs cas, il a observé ce réflexe qu'il appelle antagoniste, l'excitabilité réflexe étant, au contraire, diminuée pour le phénomène du genou : il s'agit donc d'un réflexe spécial *sui generis*.

D'après les cinq premiers cas observés, ce réflexe aurait une valeur diagnostique et pourrait dévoiler une lésion cérébrale grave, alors que d'autres circonstances rendraient le diagnostic obscur.

Dans le sixième cas, il n'y a que de la céphalalgie, de la dépression, de la douleur à la compression des troncs nerveux, pas de troubles moteurs. Le réflexe antagoniste existe des deux côtés, et l'auteur se demande si la marche de l'affection viendra confirmer la présomption d'une affection organique grave du cerveau, présomption que fait naître l'existence du réflexe antagoniste.

XXII. — *Tonus musculaire et réflexes tendineux* ; par le Dr Muskens, d'Utrecht (numéro de décembre). — Dans une première partie de son travail, l'auteur établit, par des arguments tirés de la physiologie expérimentale, de l'observation clinique, de la chimie physiologique, etc., l'existence d'un tonus musculaire d'origine réflexe, dépendant, par conséquent, du système nerveux central.

Ce tonus musculaire, tel que l'entend Muller, ne doit pas être confondu avec les propriétés d'élasticité propre des muscles, telles qu'elles ont été décrites par Weber, Donders, Mansfeld, Kuhne, Hermann, Wundt, et, plus tard, par Mosso et Richet. Mentionnons, parmi les arguments invoqués par l'auteur, l'état des muscles après la section des nerfs ; la déviation de la face du côté non paralysé dans la paralysie faciale ; la persistance de la contraction du sphincter de l'anus durant toute la vie, même pendant le sommeil ; la diminution des échanges dans les muscles chez les sujets curarisés ; et enfin les mensurations

directes des muscles dans le tabes au moyen d'un appareil construit par lui. L'auteur s'applique à réfuter toutes les objections soulevées par ces arguments.

Dans une deuxième partie de son travail, il établit la nature des phénomènes tendineux. Il entreprend des recherches sur quatre cents personnes, dont les unes sont bien portantes, les autres atteintes d'affections internes, et 75 p. 100 de maladies organiques du système nerveux. Selon le degré de tonus musculaire, il les divise en groupes et étudie sur elles les phénomènes tendineux.

Il résulte de ses recherches que si le tonus musculaire joue un rôle important dans la production des phénomènes tendineux, on ne saurait cependant prétendre qu'il y a corrélation constante entre l'intensité des deux phénomènes. D'autres facteurs entrent en jeu qui peuvent même, dans certains cas, compenser l'effet du tonus musculaire. Un second fait constaté par l'auteur, c'est la différence qui existe fréquemment entre l'intensité des phénomènes tendineux et des réflexes cutanés. Les réactions cutanées étant incontestablement d'ordre réflexe, l'auteur voit, dans le manque de corrélation entre l'intensité de ces réactions et celle des phénomènes tendineux, un argument contre l'origine réflexe de ces derniers. Si les phénomènes tendineux dépendent de l'intégrité de l'arc réflexe, cela tient à ce que le tonus musculaire est lui-même sous la dépendance de l'arc, et aussi à ce que d'autres influences encore mal définies du système nerveux entrent en jeu. Pour bien élucider cette question, il faut une étude approfondie de l'excitabilité mécanique du muscle. Un fait est certain, c'est que la percussion du muscle peut amener sa contraction : 1^o parce que les nerfs moteurs du muscle sont excités ; 2^o parce que toutes les fibres musculaires sont exposées à l'excitation qui résulte de la percussion. C'est ainsi qu'un muscle en état de tonicité physiologique sera excité presque simultanément dans toute son étendue par une tension exercée subitement sur une de ses extrémités.

Enfin, dans une troisième partie, l'auteur signale une modification à apporter au procédé de Jendrassik pour renforcer les phénomènes tendineux. Au lieu de provoquer de la part du patient un effort volontaire continu des membres supérieurs, comme Jendrassik, effort pendant lequel on percute le tendon en question, l'auteur recommande de faire croiser les mains sur la poitrine, sans effort, puis de provoquer l'effort subitement en criant au patient le commandement de « tirer ». La percussion

du tendon doit avoir lieu au plus tard un cinquième de seconde après l'effort du patient.

Ce procédé permet de constater des phénomènes tendineux qu'on ne pouvait obtenir même avec le procédé de Jendrassik. Enfin, l'auteur signale l'utilité de la recherche du phénomène du tendon d'Achille. Il a constaté la disparition de ce phénomène dans quatre cas de tabes, alors que le signe de Westphal faisait encore défaut.

D^r A. ADAM.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of Mental Science.

Suite (1).

VIII. — *Sur les bases et la possibilité d'une psychologie scientifique et d'une classification des maladies mentales*; par le D^r Lhoyd Andriezen (numéro d'avril). — Ce mémoire est heureusement résumé dans les conclusions qui suivent :

La doctrine de la localisation des fonctions dans un organe central (système nerveux) est la base nécessaire d'une étude de psychologie et de psycho-pathologie, un tel organe réunissant forcément les fonctions sensorielles, kinesthésiques et cœnesthésiques.

Les données de la psychologie normale complétées par celles de la psychogenèse et de la pathologie constituent une science pratique qui contraste avec la science spéculative et métaphysique.

Le naturalisme grossier qui fait procéder d'essences, de principes, subtils et mystérieux, les phénomènes physiques, chimiques, vitaux et psychiques, a fait son temps. Il en est de même des théories métaphysiques, du dualisme et du monisme désormais insuffisants, reposant sur des données étrangères à la méthode scientifique.

L'aptitude des simples organismes protoplasmiques à recevoir l'impression d'un stimulant accidentel et à réagir dans un sens déterminé constitue la sensibilité. Cette aptitude, localisée chez les protozoaires dans une seule et même cellule,

(1) Voir *Annales* de septembre 1902, p. 308.

est associée chez les métazoaires à des éléments spécialement développés qui constituent le système nerveux (méduse, étoile de mer, etc.).

Chez les vertébrés, une segmentation de l'organisme existe dans les types ancestraux (acrauniens), et le système nerveux offre une structure semblable en forme de chaîne ou tube ganglionnaire (axe bulbo-spinal).

Le cerveau est développé à l'extrémité antérieure de cet axe. Il n'est au début qu'un simple agrégat de centres de sensibilité générale et spéciale, cutanée, musculaire et organique. En s'élevant dans l'échelle animale, d'autres centres (centres et faisceaux annexes ou associés) se développent à côté des centres primitifs.

A ces centres secondaires sont dévolues des fonctions d'origine multiple, de nature complexe. Leur développement est continu, et partant moins fixe et plus plastique, pendant le temps qui suit la naissance de l'animal (mammifères, homme).

Dans le cerveau de l'enfant (comme dans celui des chats et des mammifères supérieurs), il n'y a pas seulement un accroissement quantitatif de la masse après la naissance, mais une élaboration quantitative dans la complexité et les rapports des cellules corticales. Alors se forment des mécanismes capables d'exercice et d'éducation dans certaines limites.

L'éducation du système nerveux commence après la naissance, lorsque les variations du milieu s'impriment chez l'enfant en nombre infini et donnent lieu aux premiers changements, aux premiers troubles dans sa vie kinesthésique, sensorielle et organique. La vie végétative, somnolente, du fœtus est graduellement remplacée par une autre existence dans laquelle des sensations de nature intense et énergique circulent à travers le cerveau. Elles ne sont pas d'abord nettement reconnues et distinguées et elles y produisent la confusion.

Suivant la loi de psychogenèse, le développement s'opère non seulement dans les centres sensoriels et kinesthésiques, mais encore dans la sphère psychique (de relation) qui comprend les deux et suit des directions déterminées ; de plus, l'enfant est alors particulièrement impressionné par le milieu qui l'entoure.

L'évolution du langage comme instrument de renforcement des activités psychiques (qui peuvent toutefois se manifester en dehors de lui) coopère grandement au développement du cerveau. Par lui, l'enfant représente les choses les plus diverses et

les plus variées par des termes d'une commune dénomination. C'est, de tous les exercices et répétitions des processus psychiques qui sont la base de l'évolution mentale, celui qui a la plus grande valeur pratique.

La reconnaissance graduelle de l'*ego* empirique comme centre et source d'activités spontanées, sa distinction et son antagonisme vis-à-vis du monde extérieur, sont les bases de la conscience intime, du déterminisme et de la volonté. Les instincts propres à cette période sont surtout égoïstes (cupidité, rapacité, parasitisme) et dominent largement les actes et la conduite.

Après qu'elle est passée, le cerveau antérieur, dont la vie psychique et de relation s'est accrue, agit comme un obstacle contre les appétits et les fonctions purement végétatives, et un second moi (éthique) se montre qui tend à l'emporter plus ou moins sur le premier. La moralité et la conscience grandissent et prennent la première place.

Avec la puberté et l'adolescence, un nouvel ordre de sentiments et d'instincts (et, en même temps, les organes qui leur sont annexés) se développe rapidement et avec intensité, causant un arrangement nouveau et une transformation partielle du moi. Cette période est caractérisée par l'éclosion d'aspirations et de sentiments dirigés vers le sacrifice de soi-même, l'altruisme et la religion.

La loi de pathogénèse est celle en vertu de laquelle un grand nombre de ces évolutions du cerveau et de l'esprit, depuis l'époque foetale (somnolence végétative) jusqu'à l'adolescence (maturité sexuelle), peuvent subir une altération morbide (perversion) ou une défectivité (absence). Ces conditions pathologiques sont les bases des aliénations mentales.

Les aliénations ainsi conçues peuvent être groupées suivant un arrangement serial et dichotomique. Au bas de la série figurent : (a) les arrêts profonds (aphrénies, idioties) et (b) les débilités (oligophrénies, imbécillités) du développement cérébro-psychique. Au sommet de l'arbre sont placées : (c) les phrénopathies (vésanies, folies alcooliques aiguës et chroniques, paralysie générale, folie climatérique). Entre ces deux extrêmes se trouve : (d) le groupe dégénératif (paraphréniennes, types obsessif, impulsif, vicieux, criminel, paranoïaque et hallucinatoire, hystérique, épileptique, circulaire et hébephrenique). Le dernier groupe (e) constitue les lipophréniennes, états de dissolution psychique avec réduction correspondante et dégradation de la personnalité, consécutives aux aliénations précédentes.

IX. — *Acromégalie avec folie*; par le Dr David Blair (numéro d'avril). — La malade, couturière, mariée et mère de quatre enfants tous bien venus, n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle n'est plus réglée depuis six ans. Bonne travailleuse, elle s'enivrait à l'occasion. Elle est devenue aliénée après l'extraction d'une dent à l'aide du protoxyde d'azote. La forme délirante était en rapport avec cet élément causal. C'est un délire de persécution à base sensorielle: la malade accusait les gens de la suffoquer avec des gaz. A l'entrée, son aspect est désagréable, avec un front bas et des cheveux incultes. Elle s'exprime lentement; la voix est gutturale et métallique. Elle a plus tard des idées de grandeur, croit que l'asile lui appartient. L'intelligence est assez nette. Elle se prétend électrisée et se plaint d'une céphalée pénible qu'elle attribue à l'action d'une batterie électrique dans son cerveau. Elle accuse des douleurs dans les jambes et les articulations, imputées à la même cause. Les sentiments affectifs sont altérés; elle renie son mari.

En même temps se manifeste la singulière maladie qu'a si bien étudiée le Dr Marie en 1886. Tous les tissus des mains et des pieds sont hypertrophiés, à l'exception des os (l'examen radiographique les a montrés plutôt diminués). Il n'y a pas d'œdème. Les bras et les avant-bras sont relativement moins volumineux que les mains. Le crâne est plus long dans le sens antéro-postérieur et présente une hyperostose le long de la suture interpariétale. La face est allongée et ovale: le nez et la mâchoire inférieure, très gros, sont un peu plus hypertrophiés du côté droit. Le front est bas et repose sur des orbites bien développées. En avant des yeux, relativement petits, les paupières apparaissent longues et épaisses. La lèvre inférieure proémine fortement. La bouche est ouverte et l'on voit l'hypertrophie s'étendre à la langue, aux amygdales et aux piliers du voile du palais. On constate en outre une cyphose cervicale qui porte la tête en avant. Le cou, la poitrine, l'abdomen offrent la même hypertrophie, le ventre est pendant. La malade exhale une sueur fétide.

La quantité de l'urine dans les vingt-quatre heures est de 18 onces. Elle est légèrement acide et son poids spécifique est 10,12. Le poids de l'urine excrétée est 20 gr. 5 par jour; si l'on tient compte du régime alimentaire riche en azote, on peut conclure que la production d'urée est inférieure à la normale. Il y a peu d'albumine, point de peptone, ni de sucre. Les dépôts phosphatés sont très abondants.

L'auteur insiste sur la forme vésanique, délire de persécution à base physique. Le Dr Ritti fait procéder la genèse de ce délire de trois sources distinctes qui sont apparentes dans le cas actuel : les causes qui agissent sur le cerveau et le système nerveux (lésion de la glande pituitaire) ; celles qui prennent leur origine dans l'appareil sexuel (aménorrhée, métrorragie, onanisme) ; l'affaiblissement physique. L'acromégalie est avant tout un vice de nutrition.

M. Blair étudie ensuite le diagnostic différentiel de l'acromégalie, du myxœdème et de l'ostéo-arthropathie. Dans la première de ces affections, les os sont toujours impliqués (on remarquera que le sujet de cette observation constitue une exception curieuse) ; ils ne le sont pas dans la seconde. Dans l'ostéo-arthropathie hypertrophique, le tissu osseux est seul augmenté de volume et l'hypertrophie siège aux extrémités des os longs. Il ne faut pas confondre l'acromégalie avec le gigantisme ; les acromégaliques peuvent être petits et la taille est étrangère à la maladie.

Elle se complique parfois de troubles trophiques graves. Ce sont des lésions articulaires (Middleton, Charcot), la maladie de Reynaud avec tendance à l'érysipèle, des dégénérescences de la moelle (Sternberg).

Quelle est la lésion de l'acromégalie ? On a incriminé tour à tour les ganglions du sympathique, le corps pituitaire, la thyroïde, le thymus. Sur une collection de 49 cas réunis par Furnival, le sympathique a été 13 fois reconnu malade ; 29 thyroïdes ont été examinées : 5 étaient saines, 13 hypertrophiées, 11 dégénérées. Dans 19 autopsies, le thymus a été absent 7 fois, persistant chez 8 sujets, avec hypertrophie chez quatre d'entre eux. Les 49 cas offraient une augmentation de volume ou une lésion de structure du corps pituitaire. D'après le professeur Tamburini, 17 acromégaliques sur 24 présentaient une hypertrophie de cet organe. Parmi les 7 restants, 5 n'étaient pas de vrais acromégaliques et les deux derniers n'ont pas été examinés au microscope. Il paraît résulter de ces faits que la pituitaire est le siège de la lésion dans l'acromégalie.

Des recherches ont été publiées par Andriezen sur le rôle de ce petit corps. Il l'assimile à la glande subneurale de l'amphioxus et lui attribue une fonction trophique ou neutralisante des produits de destruction du tissu nerveux. Chez l'homme, le conduit de la glande pituitaire est oblitéré, mais la sécrétion continue en devenant interne ; elle est absorbée par les lymph-

tiques. La structure de la pituitaire est semblable à celle de la thyroïde. Leurs fonctions ont un lien de parenté et l'on peut les considérer comme vicariantes. Toutefois leur rôle ne doit pas être identique, puisque le suc de ces deux glandes produit respectivement des effets antagonistes.

X. — *Une forme dégénérative de folie syphilitique, avec types cliniques*; par le Dr Welsh (numéro d'avril). — La maladie étudiée par M. Welsh, dont il a observé seize cas, ne doit pas être confondue avec la paralysie générale. C'est une condition dégénérative du système nerveux attaquant primitivement la cellule. Il l'attribue à l'action d'une toxine produite par la syphilis, plus virulente au début, au moment où les lésions glandulaires se manifestent. Cette toxine altère profondément la vie de la cellule. Exerce-t-elle (Marinesco) une action élective sur certaines parties des éléments chromophiles? A coup sûr, elle agit sur les cellules mentales et motrices. L'infection est une manifestation tertiaire, elle produit une lésion dégénérative, non un néoplasme. Ce dernier a son origine dans le métoblaste; la dégénération attaque le tissu spécial parenchymateux. Lorsqu'une partie du parenchyme cérébral est détruite, elle ne peut se reproduire par la division des cellules saines et la perte de substance est comblée par l'hypertrophie de la névroglie et du tissu conjonctif. C'est ce qui arrive dans la paralysie générale, où l'on voit les cellules se raréfier et s'atrophier et la névroglie proliférer. Un tissu spécialisé ne se répare pas par ses propres éléments. Aussi le résultat fatal de telles lésions est une déchéance mentale irrémédiable.

Mais si le processus dégénératif est arrêté par l'intervention médicale, avant qu'une altération importante n'existe, le tissu peut recouvrer sa vitalité. Cette terminaison heureuse, qui est exceptionnelle, est subordonnée à certaines conditions : le pouvoir de résistance des cellules, qui est affaibli par ce que l'auteur a nommé une dégénération lente (toxine syphilitique); l'intensité du virus; l'association de ce virus avec d'autres facteurs (alcool); enfin l'état général du système nerveux. Esquissons maintenant à grands traits la silhouette de l'espèce morbide étudiée dans ce chapitre.

M. Welsh lui considère deux périodes : 1^o la dégénération lente; 2^o les changements actifs, qui peuvent se faire attendre longtemps, plusieurs mois et parfois plusieurs années.

La maladie est indirectement héréditaire; c'est-à-dire que les malades sont d'un tempérament nervosique. On peut la

définir : un désordre du système nerveux marqué par des symptômes mentaux et des troubles moteurs. La phase prodromique est courte, dix à vingt et un jours. Elle est caractérisée par le changement de manières, l'irritabilité, la conduite excentrique, le besoin de mouvement et l'insomnie. Elle passe parfois inaperçue.

L'invasion est brusque. Il y a de l'excitation mentale avec idées de grandeur et quelquefois un délire secondaire de soupçon et de persécution. L'agitation maniaque se distingue par une insomnie rebelle. La faiblesse mentale, qui apparaît dès le début, est hors de proportion avec l'ancienneté de la maladie; elle est reconnaissable à l'extravagance des conceptions, à la crédulité du sujet, à l'affaiblissement de la volonté. La tendance homicide n'existe pas comme dans la manie alcoolique. L'instabilité mentale, l'excitation alternant avec l'état mélancolique sont un signe diagnostique important. Les rémissions sont fréquentes, plus marquées sous l'influence du traitement. Les symptômes moteurs ne manquent jamais. Le contraste est frappant entre l'excitation mentale et l'énergie musculaire défaillante. On constate à la fois chez les malades : 1^o une parésie locale ou générale; 2^o une incoordination localisée de préférence aux extrémités inférieures; 3^o l'absence ou la diminution des réflexes tendineux; 4^o le tremblement musculaire et le breddouillement; 5^o des accidents congestifs fréquents.

L'absence des troubles sensoriels est à noter. Les pupilles sont égales dans les cas favorables. Leur irrégularité, leur paresse accommodative sont un signe invariable de localisation du virus ou de dégénération progressive.

L'affection se distingue de la paralysie générale par le caractère aigu de l'attaque, le degré de la faiblesse mentale, l'instabilité des troubles vésaniques, le caractère des symptômes moteurs, l'absence des phénomènes sensoriels et pupillaires, le succès du traitement antisiphilitique. Notre confrère s'est bien trouvé de l'emploi de l'iodure de potassium à dose élevée, combiné avec les toniques et la suralimentation.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Collezionismo e impulsi collezionistici (Collectionnisme et impulsions collectionnistes) ; par le professeur Sante de Sanctis (de Rome). Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, Anno XVII, fasc. 1, 1897.

Tout le monde sait ce que c'est que le collectionnisme (Sammlntrieb des Allemands, manie des collections, tendance à réunir des objets) ; mais l'aliéniste n'en sait pas plus, dit l'auteur, que le public éclairé, parce qu'il n'existe pas de définition scientifique exacte du phénomène dont le mécanisme pathologique a été insuffisamment étudié. Une seule forme en est bien connue, c'est la bibliomanie, qu'on a déjà distinguée depuis longtemps de la bibliophilie.

Mingazzini a beaucoup contribué à faire connaître le collectionnisme. Il en a étudié les formes alliées à la cleptomanie (clepto-collectionnisme) ; il a distingué le collectionnisme pathologique de celui qui peut s'associer à un état psychique normal ; il a distingué un mono et un polycollectionnisme, un mono et un polyclepto-collectionnisme, un pseudo-collectionnisme (celui des érotomanes fétichistes), un collectionnisme paradoxal (celui des aliénés qui collectionnent mais ne conservent pas), etc. Malgré cela, l'étude du sujet est à peine effleurée. Dans la bibliomanie, par exemple, on peut étudier les formes de passage de la bibliophilie à la bibliomanie, la bibliomanie qui porte sur un genre de livre spécial, sur les éditions d'une époque donnée (mono-biblio-collectionnisme) et celle qui porte sur des livres quelconques (poly-biblio-collectionnisme). La philatélie ouvre, elle aussi, des horizons inexplorés avec ses formes normales et morbides et ses cas d'imitation.

Ces considérations servent de préambule à une observation intéressante et détaillée d'une femme, sans antécédents héréditaires ni personnels au point de vue névropathique. Cette malade avait longtemps souffert des yeux et subi plusieurs opérations (cataracte, iritis), quand vers l'âge de soixante-trois

ans elle fut prise de la manie de recueillir des objets de toute nature, miettes de pain, débris d'aliments, os, cheveux, même la poussière du plancher. Cette manie, fondée sur une vague appréhension que ces objets ne fussent utilisés par des gens malveillants dans un but de maléfice, était liée à des habitudes alcooliques, se présentait avec des accès paroxystiques, et la malade avait absolument conscience de sa faiblesse, s'en plaignait et demandait à grands cris d'en être guérie.

De l'analyse psychologique très fine et très minutieuse de ce cas l'auteur tire cette définition du collectionnisme, définition dont, au début de son travail, il avait constaté l'absence dans la littérature :

« Le collectionnisme consiste en une série d'actes automatiques ou semi-automatiques concourant à rechercher et à réunir en un lieu donné des objets d'une ou plusieurs espèces sans qu'il y ait à cette recherche et à cette réunion un but utile, logique et pratique pour la collectivité ou pour l'espèce, avec ce caractère essentiel que le sujet éprouve une joie ou un sentiment de satisfaction en faisant sa récolte, tend à la conserver jalousement, et ressent pour elle un attachement plus ou moins vif. »

Quelques pages de l'opuscule sont consacrées au collectionnisme chez les animaux.

TH. TATY.

I pazzi criminali al Manicomio provinciale di Verona nel decennio 1890-1899 (Les fous criminels au manicombe provincial de Vérone de 1890 à 1899); par les Dr^s G. Pelanda et A. Cainer. 1 vol. in-8°; Bocca frères, éditeurs, Turin, 1902.

De 1880 à 1889, les aliénés criminels observés à l'asile provincial de Vérone n'avaient pas dépassé le chiffre de 10. De 1890 à 1899, ils ont atteint le chiffre de 64. Cette extraordinaire ascension pendant la dernière période décennale est attribuée par les auteurs d'une part à l'augmentation considérable du nombre des aliénés dans la province de Vérone, d'autre part à la meilleure culture des magistrats qui, plus volontiers, de jour en jour, recherchent l'opinion des aliénistes sur l'état mental des prévenus.

Des tableaux statistiques très complets qui forment la première partie de l'ouvrage, il ressort que dans ce lot de 64 aliénés criminels on trouve 57 hommes et 7 femmes, pré-

venus de crimes variés, rangés sous 13 chefs, et dont les plus touffus (coups et blessures, vols et filouteries) figurent pour 36 cas, et que les formes psychopathiques classées sous 27 mentions diagnostiques accusent pour les plus fréquentes 5 cas d'imbécillité, 10 cas de folie épileptique, 6 cas de paranoïa hallucinatoire à persécution, 5 cas d'alcoolisme, 7 cas de folie morale, etc.

La recherche des facteurs étiologiques permet de constater : pour les antécédents héréditaires l'alcoolisme dans 22 cas, l'aliénation mentale dans 27 cas, la névropathie dans 7 cas ; pour les antécédents personnels 26 alcooliques, 13 traumatisés dont 12 à la tête et 1 à la colonne vertébrale.

L'examen physique décèle le tatouage chez 6 hommes et des anomalies morphologiques désignées sous 35 rubriques, dont les plus fréquentes sont la plagiocéphalie (25 cas), la plagioprosopie (16 cas), la politrichie (10 cas), l'ectopie du vortex (11 cas), l'oreille en anse (10 cas), le tubercule de Darwin (9 cas), etc.

Les crimes ont été commis pour plus des deux tiers pendant les saisons été et automne, fait intéressant qui semblerait indiquer qu'en général ils sont la conséquence moins de la misère et des privations, apanage de l'hiver, que du surmenage physique et des excès de boissons provoqués par la saison chaude.

Ces considérations d'ensemble sont suivies des observations cliniques individuelles des 64 cas rassemblés par les auteurs, observations qui, pour le plus grand nombre, sont des résumés substantiels de rapports médico-légaux établis par les Drs Pelanda et Cainer eux-mêmes.

R. CHARON.

*Psicosi febbri*li (Psychoses fébriles); par le Dr J. Finzi (de Ferrare). Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, nos 88 et 89, avril 1897.

Trois observations, la première de pleurésie accompagnée de délire chaotique, la deuxième de pneumonie aiguë franche survenue pendant l'allaitement avec délire maniaque simple précédé d'une période de confusion mentale, la troisième, de pneumonie franche avec délire fébrile à accès maniaques, forment le fond du mémoire.

Les symptômes organiques observés sont, pour l'auteur,

insuffisants à expliquer les phénomènes psychiques. Il faut y ajouter la prédisposition, qui est : « une faiblesse, une diminution de résistance, fonctionnelle ou morphologique, générale ou partielle, acquise ou congénitale, à la production de laquelle contribuent des causes individuelles infinies, depuis l'hérédité jusqu'aux habitudes du sujet, depuis les maladies antérieures jusqu'à l'état actuel des fonctions ». L'analyse des troubles psychiques dans les maladies organiques ordinaires a une utilité extrême pour élucider la pathogénie des maladies mentales et il faut tenir absolument compte dans tout examen clinique de la physiologie et de la psychologie individuelles.

TH. TATY.

Contributo allo studio della corea cronica progressiva (Contribution à l'étude de la chorée chronique progressive); par le Dr G. Villani (de Naples). Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, mars 1897.

Longue et minutieuse revue des travaux faits sur la chorée chronique à propos d'un cas de chorée survenue chez un homme de cinquante-sept ans, père d'une nombreuse famille et épuisé de travail et de soucis, à la suite d'une violente terreur (le sujet de l'observation avait au péril de sa vie sauvé son fils qui avait failli être écrasé par une locomotive). La chorée chez cet homme s'est installée progressivement et les mouvements ont atteint une incoordination extrême. A côté des troubles physiques, on constatait un besoin de parler d'une façon incohérente, à caractère maniaque, véritable chorée de la fonction langage. L'auteur entre à ce propos dans de longues considérations sur le rôle de la volonté et l'influence de la neurasthénie sur la production de tels états.

TH. TATY.

Un caso di corea dell'Huntington (Un cas de chorée de Huntington); par les Drs Tambroni et Finzi, de Ferrare. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino del Manicomio provinciale di Ferrara*, n° 1, 1897.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans dont le père, un oncle et une tante paternels moururent choréiques et déments. Un troisième oncle paternel eut également des symptômes de

chorée peu prononcés et une cousine, fille de ce dernier, présente depuis trois ans des mouvements choréiques graves.

Les auteurs insistent sur le début sans cause, à l'âge de trente et un ans, de la maladie. Le sujet n'avait eu qu'une pneumonie à l'âge de vingt ans et ne présentait aucun désordre digne de mention ni dans le système nerveux ni dans la sphère psychique. Il avait seulement quelques stigmates physiques de dégénérescence. L'évolution de la chorée s'accompagna de troubles démentiels d'emblée et on peut penser dans ce cas que les lésions siégeaient surtout dans l'écorce.

TH. TATY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Diagnostic du siège des excitations algésiogènes dans les névralgies par les injections de cocaïne ; par le professeur A. Pitres. 5 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, s. d.

— Etudes sur la syringomyélie ; par le Dr Georges Hauser. 222 pages in-8° avec planches. Paris, Léon Roux, 1901.

— De la valeur sémiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales ; par le professeur A. Pitres. 11 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, novembre 1901.

— Les aliénés devant la justice (aliénés méconnus et condamnés) ; par les Drs F. Pactet et H. Colin. 1 vol. in-18 (176 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, Masson et Cie, s. d.

— La migraine et son traitement ; par le professeur Paul Kovalewsky. 1 vol. in-12 de 200 pages. Paris, Vigot frères, 1902.

— Anomalies du polygone artériel de Willis chez les criminels, en rapport aux altérations du cerveau et du cœur ; par le Dr Ch. Farnisetti. 14 pages in-8° avec planches. Amsterdam, Imprimerie J. H. de Bussy, 1901.

— Apparat und Methode zur Untersuchung des (optischen) Gedächtnisses für medicinisch — und pädagogisch — psychologische Zwecke (Appareil et méthode pour la recherche de la mémoire visuelle dans un but médical et psycho-pédagogique) ; par le Dr Paul Ranschburg. 13 pages in-8°. Extrait du *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, s. d.

— Contribution à l'étude de l'origine toxi-infectieuse de la

folie. Folie tuberculeuse ; par le Dr L. Fuster. 24 pages in-8°. Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 1901.

— Conferencia sobre el sistema dactiloscopico dada en la biblioteca publica de la Plata : par Juan Vucetich. 54 pages in-8° avec figures. La Plata, 1901.

— Le Cerveau ; par les Drs Ed. Toulouse et L. Marchand. 1 vol. in-12 (154 pages avec 51 figures dans le texte) de la *Petite Encyclopédie scientifique du XX^e siècle*. Paris, Schleicher frères, 1901.

— Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken ; par le Dr Paul Ranschburg. 19 pages in-8°. Extrait du *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Tome IX. Fasc. 4.

— Troubles physiques et psychiques observés chez l'homme dans le cocainisme aigu expérimental. Réflexions et conclusions générales ; par L. Fuster. 15 pages in-8°. Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 1900.

— Les aliénés dans les prisons (Aliénés méconnus et condamnés) ; par les Drs F. Pactet et H. Colin. 172 pages in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, Masson et Cie, s. d.

— Forty-second annual report of the Board of Directors and superintendant of Longview Hospital Carthage, Ohio, for the year 1901. 60 pages in-8° avec planches. Cincinnati, 1901.

— Transformation de la personnalité. Puérilisme mental paroxystique ; par les Drs Paul Garnier et Ernest Dupré. 33 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, 10 décembre 1901.

— Thirty-first annual report of the central state hospital of Virginia (Petersburg, V.A.), for the fiscal year ending september 30, 1901. 126 pages in-8°. Richmond, 1901.

— Terapia suggestiva. — Feticismo erotico in un criminale omicida. — Grave frattura del cranio non seguita da disturbi psichici. — Mania isterica da albuminuria guarita colla scomparsa dell' albuminuria ; par le Dr Frigerio, 4 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale*. Vol. XXIII. Fasc. 1.

— Réseau endocellulaire de Golgi dans les éléments nerveux des ganglions spinaux ; par le Dr Serge Soukhanoff, privat-docent de l'Université de Moscou. 5 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*. Paris, s. d.

— Biennal report of the trustees and superintendant of the State insane hospital of Mississippi from october 1st 1899, to october 1st 1901. 77 pages in-8°, Jackson, Miss., 1901.

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. XVI. Novembre 1902. 10. 32

- Sopra un caso di epilessia tardiva in un alienato ; par le Dr Giuseppe Muggia. 20 pages in-8°. Ferrara, 1902.
- La question de l'aphasie motrice sous-corticale ; par le Dr Ladame (de Genève). 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro du 15 janvier 1902.
- Forty-eighth annual Report of the trustees of the Taunton insane Hospital for the year ending septembre 30, 1901. 67 pages in-8°. Boston, 1902.
- Délire aigu et urémie ; par le Dr A. Cullerre. 4 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, n° 72, 1901.
- The State Asylum for the chronic insane of Pennsylvania. Eighth annual report for the year ending september 30 th. 1901. 42 pages in-8°, avec planches. Lebanon, Penn'a, 1902.
- M. Bergeron. Discours de M. le Dr A. Motet à la séance solennelle de l'Association française contre l'abus des liqueurs alcooliques, le 8 décembre 1901, 13 pages in-8°. Paris, imprimerie G. Gambart et C^{ie}, s. d.
- Reports of the trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the Corporation at its fifty-eighth annual meeting, january 22, 1902, Providence, R. I. 52 pages in-8°, avec planches. *The Providence Press*, 1902.
- Ueber Degeneration und degenerierte Geschlechter in Schweden. I. Klinische Studien und Erfahrungen hinsichtlich der familiären Myoklonie und damit verwandter Krankheiten ; par le Dr Herman Lemdborg, 131 pages in-8°, avec planches. Stockholm, Isaac Marens, 1901.
- La névrogolie dans la paralysie générale ; par Anglade et Chocreaux, d'Alençon. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*. Paris, 1901.
- Festschrift Herrn Hofrath Professor Dr Richard Freiherrn v. Krafft-Ebing zur Feier der Vollendung seiner dreissigjährigen Wirksamkeit als Universitäts Professor dargebracht vom Vereine für Psychiatrie und Neurologie zu Wien. 1872-1902. 1 vol. in-8° de 507 pages, avec portrait et planches. Leipzig et Vienne, Franz Deuticke, 1902.
- Etude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen ; par le Dr Robert Geyer. 116 pages in-8°. Paris. C. Naud, édit., 1902.
- Deux aspects histologiques d'épendymite ventriculaire tuberculeuse ; par le Dr Anglade. 7 pages in-8°, avec fig. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro du 15 février 1902.
- Compte général de l'administration de la justice criminelle en France, en Algérie et en Tunisie, pendant l'année 1899, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la Justice. 172 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1901.

— The eighth annual report of the board of managers of the Craig colony for epileptics at Sonyea, Livingston County, N. Y., for the year ending September 30, 1901. 82 pages in-8°, avec planches, s. l. n. d.

— Le mensonge chez les hystériques; par le Dr Albert Richard, médecin de la marine. 63 pages in-8°. Bordeaux, imprimerie Cadore, 1902.

— Nuovi studii sul genio. I. — Da Colombo a Manzoni; par Cesare Lombroso. 1 vol. in-12 de 267 pages. Milano, Remo Saudron, 1902.

— Di un nuovo ipnotico pei malati di mente : cloretone. Ricerche; par le Dr Luigi Cappelletti, du manicomio de Ferrare. 13 pages in-8. Extrait de la *Riforma medica*, 1901.

— Compte général de l'administration de la Justice civile et commerciale pendant l'année 1899, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la Justice. 176 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1901.

— Relazioni del sangue pellagroso sul sangue estraneo e sul plasma dei propri tessuti. Nota préliminaire; par le Dr Antonio d'Ormea, du manicomio de Ferrare. 8 pages in-8. Extrait de la *Riforma medica*, 1902.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1900; par le Dr Bourneville. Avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul Bricour, Philippe et Oberthur. Tome XXI. 1 vol. in-8°, cv-236 pages, avec 19 fig. dans le texte et XI planches. Paris. Aux Bureaux du *Progrès médical*, 1901.

— De la folie morale. Des degrés dans la responsabilité morale. Thèse pour le doctorat en médecine, par Maurice-J.-P. Fontanilles. 62 pages in-8°. Toulouse, 1902.

— O caso Josepha Greno pelos peritos do processo (O conselho médico-legal de Lisbon). 100 pages in-8° Lisbon, janeiro de 1902.

— Remarques sur la catatonie; par le Dr Paul Masoin, médecin de la Colonie de Gheel. 8 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*. Bruxelles, 1902, n° 4.

— Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile; par le Dr Paul Masoin. 8 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1902.

— Protestant hospital for the insane, Verdun, Montréal, Que. Annual report of the year 1901. 57 pages in-8°. Montréal, 1902.

— L'assistance des épileptiques. L'Hospice Dessaingues, à Blois; par le Dr Georges Vernet, ancien interne de l'asile de

- Blois et de la Maison nationale de Charenton. 172 pages in-8°.
Paris, C. Naud, édit. 1902.
- Fifty-third annual report of the Board of trustees and superintendent of the Central Indiana hospital for Insane, for the fiscal year ending october 31, 1901, 96 pages in-8° avec planches. Indianapolis, 1902.
- Ueber die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen; par le Dr R. Werner, de Dalldorf. 90 pages in-8°. Extrait du *Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medecin u. öffentliches Sanitätswesen*, t. XXIII.
- Psychic treatment; par le Dr Edward C. Runge, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Louis. 21 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*. Vol. LVIII. 1901,
- Fifth annual report of the managers of the Manhattan State hospitals at New-York to the State commissioners in Lunacy, for the year ending september 30, 1900. 113 pages in-8°. Albany, 1901.
- Le centre de Broca et les paraphasies; par le Dr G. Saint-Paul. 32 pages in-8°. Extrait de la *Tribune médicale*. Paris, 1902.
- L'instinct sexuel (à propos d'un ouvrage de M. Havelock Ellis); par le Dr G. Saint-Paul. 13 pages in-8°. Lyon, imprimerie Storck,
- Psicosi pellagrose. Contributo clinico; par le Dr Jacopo Finzi. 77 pages in-8°. Extrait du *Bollettino del Manicomio di Ferrara*, 1902.
- Os alienados nos tribunaes; par Julio de Mattos. Tome I. 1 vol. in-12 de 288 pages. Lisboa, Tavares Cardoso et Irmao, 1902.
- Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de la désintégration cérébrale; par le Dr Jean Ferrand. 188 pages in-8° avec huit planches. Paris, Jules Rousset, 1902.
- Il trattamento famigliare dei malati di mente; par le Dr L. Cappelletti. 53 pages in-8°. Ferrara, 1901.
- Présentation par M. Cuylits d'un malade atteint de catactionie. 11 pages in-8° avec planches. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1902.
- Report of the superintendent of the provincial lunatic asylum at St-John, N. B. (Canada), for the year 1901. 62 pages in-8°, 1902,
- Zur Kenntniss der psychischen Erkrankungen durch Bleivergiftung; par le Dr F. Quenzel. 65 pages in-8° avec planches. Extrait des *Archiv für Psychiatrie*, T. XXXV. S. d.
- Twenty-second annual report of the State hospital for the insane. S. E. district of Pennsylvania, Norriston, Pa., for

the year ending september 30, 1901. 92 pages in-8°. The hospital printing office, 1901.

— Sulle modificazioni della pressione sub-aracnoidea e dei caratteri del liquido cerebro-spinale nella epilessia experimentale; par le Dr^r Antonio d'Ormea. 32 pages in-8° avec fig. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*. Reggio nell'Emilia, 1902.

— Proceedings of the American medico-psychological Association at the fifty-seventh annual meeting held in Milwaukee, Wis., june 11, 12, 13, 14, 1901. 1 vol in-8°, cart. à l'anglaise, de 333 pages, s. l. 1901.

— Per la semeiotica della forza muscolare dal punto di vista clinico e psico-fisiologico; par le Dr^r Cesare Colucci. 20 pages in-8°. Extrait des *Atti della R. Accademia medico-chirurgica di Napoli*, 1902.

— L'allenamento ergografico nei normali e negli epilettici (indagini di psicometria); par le Dr^r Cesare Colucci, 39 pages in-8°. Extrait des *Annali di nevrologia*, Naples, 1902.

— Metodi e criterii per la educabilità dei dementi; par le Dr^r C. Colucci. 38 pages in-8°. Extrait des *Annali di neurologia*. Naples, 1902.

— Eighty-fifth annual report 1902. Friends' Asylum for the insane. Frankford, Philadelphia. 42 pages in-8° avec planches. Philadelphia, 1902.

— The tenth annual report of the Sheppard and Enoch Pratt Hospital for mental and nervous diseases. 32 pages in-8°. Baltimore, s. d.

— Un tumore della base del cranio; par le Dr^r Giuseppe Muggia. 11 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*. Rome, 1902.

— Contribution à l'étude clinique des troubles de la parole dans l'épilepsie; par le Dr^r Albert Vincent. 92 pages in-8°. Thèse de Lille, 1902.

— L'epilettico di fronte al diritto; par le Dr^r Pugliese, avec une préface du professeur Salvatore Ottolenghi. 106 pages in-8°. Torino, Fratelli Bocca, 1902.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1901 ingezonden aan de Commissie van Toezicht over genoemd Gesticht; par le Dr^r van Deventer, directeur-médecin de l'asile. 133 pages in-8°. Haarlem, Joh. Enschedé en Zonen, 1902.

— Twentieth annual report of the State hospital for the insane at Warren, Pensylvania, for the year ending november 30, 1901. 68 pages in-8°. Warren, 1902.

— A consciencia e o livre arbitrio; par le professeur Miguel

Bombarda. 2^e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 363 pages. Lisboa, Forceria Antonio Maria Pereira, 1902.

— Asile de Blois. Rapport médical et compte moral et administratif présenté pour l'année 1901, par le Dr Doutre-bente, directeur-médecin en chef. 54 pages in-8°. Blois, 1902.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1901, par les Drs A. Giraud, directeur-médecin, Trénel et Hamel, médecins adjoints. 21 pages in-8°. Rouen, 1902.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1901, par les Drs Lallement, directeur-médecin, et Thibaud, médecin-adjoint. 23 pages in-8°. Rouen, 1902.

— Ein Beitrag zur Lehre der periodischen Manie; par le Dr Erwin Stransky, aspirant de la Clinique psychiatrique de Vienne. 16 pages in-8°. Extrait du *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Berlin, s. d.

— The seventy-ninth annual report of the officers of the retreat for the insane at Hartford, Conn. April 1902. 30 pages in-8° avec planches. *Hartford Press*, 1902.

— La pellagra nella provincia di Ferrara e la Società di soccorso ai pellagrosi dal 1883 al 1900. Relazione storico-statistica presentata al II^o Congresso pellagrologico italiano; par les professeurs Ruggero Tambroni et Pietro Sitta. 25 pages in-4° avec planches. Ferrara, 1902.

— Fifty-first annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Penna., for the year ending September 30, 1901. 71 pages in-8°. Harrisburg, 1902.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 29 août 1902* : M. le Dr DIDE, médecin-adjoint de l'asile Saint-Méen, près Rennes, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.).

— *Arrêté du 1^{er} septembre 1902* : M. le Dr PAPILLON, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juin 1902.

— *Arrêté du 17 septembre 1902* : M. le Dr PICHENOT, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1902 ;

M. le Dr BÉCUE, médecin-adjoint de l'asile de Lafont, près La Rochelle (Charente-Inférieure), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.).

NÉCROLOGIE

D^r ROUSSELIN. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Jean-Louis Rousselin, ancien médecin en chef de la maison nationale de Charenton, ancien inspecteur général du service des aliénés de France et des Prisons, ancien médecin directeur de l'asile de Saint-Yon, décédé à Elbeuf, le 19 octobre 1902, dans sa quatre-vingtième année.

Les obsèques de ce vénéré collègue eurent lieu le jeudi 23 courant, au milieu d'un grand concours de parents et d'amis. Le corps des médecins aliénistes y était représenté par notre collaborateur et ami, M. le Dr Giraud, qui a prononcé sur la tombe de Rousselin, au nom de l'asile de Saint-Yon et de l'Association mutuelle des médecins aliénistes, le discours suivant que nous nous faisons un devoir de reproduire :

MESSIEURS,

La nouvelle de la mort de M. Rousselin a été pour moi une douloureuse surprise.

Tout dernièrement encore nous causions entre nous de

M. Rousselin qui allait atteindre ses quatre-vingts ans, sans infirmité apparente, qu'on félicitait de sa belle miue, et qui parlait d'aller encore cette année chasser chez son ami M. Rocquigny. Et aujourd'hui je viens sur sa tombe lui dire un dernier adieu, à un double titre, comme chef de service de ce Saint-Yon, qu'il dirigeait jadis, après avoir présidé à sa reconstruction, comme secrétaire de l'Association des médecins aliénistes dont il était un des membres fondateurs.

Rousselin a consacré toute sa carrière au traitement des aliénés. Né à Fresne-l'Archevêque, dans l'Eure, près des Andelys, le 24 mars 1823, il était nommé à vingt ans, le 29 mai 1843, interne à l'asile Saint-Yon, et il y resta jusqu'au 31 octobre 1847. Il avait pour maître Parchappe, dont il devint l'élève favori et ensuite l'ami dévoué. Plus tard il fut interne de la Maison nationale de Charenton, du 16 mars 1850 au 15 mai 1851.

Sa thèse de doctorat, sur la double influence des crises et du traitement dans la guérison de la folie, fut remarquée. Le 15 novembre 1851 il prenait les fonctions de médecin du quartier d'aliénés de Poitiers, et en 1852 devenait directeur médecin de l'asile d'aliénés de Blois. Le 7 septembre 1854, il revint comme médecin adjoint à la maison nationale de Charenton, et y resta jusqu'au 7 mars 1866.

Le rapport lu dans la séance du 27 février 1865 à la Société médico-psychologique, sur sa candidature au titre de membre titulaire de la Société, montre combien il était apprécié de ses confrères. Le 8 mars 1866, il était appelé à succéder à son ancien maître et son ami Parchappe, comme inspecteur général du service des aliénés.

Le 29 mai 1872, il échangeait son poste d'inspecteur contre celui de médecin en chef de la maison nationale de Charenton où il avait été déjà autrefois interne et médecin adjoint, et le 30 avril 1873 il revenait à Saint-Yon comme médecin en chef, poste que la mort de M. Morel venait de laisser vacant. Saint-Yon l'intéressait tout particulièrement. Inspecteur général, il avait étudié la reconstruction de l'établissement qui était devenu à l'étroit à Rouen, et il avait fait prévaloir ses idées. Il revenait sur place compléter son œuvre. Au 1^{er} janvier 1879, il recevait la charge de réunir les fonctions de médecin en chef et de directeur du nouvel établissement, afin de présider à l'installation des malades dans l'asile créé de toutes pièces à côté de Quatre-Mares. Il assumait ainsi la lourde tâche d'organiser tous les services dans un asile contenant plus de mille malades.

Le 15 juillet 1882 il faisait valoir ses droits à la retraite après trente-six ans, un mois et douze jours de services, dit le rapport présenté au Conseil général de la Seine-Inférieure.

M. Rousselin n'avait pas terminé son rôle de médecin aliéniste; quelques années plus tard, à la suite d'événements malheureux, il reprit courageusement les fonctions de médecin d'asile, et alla occuper le poste de médecin de l'asile de Leymes, dans le Lot, où il fit un séjour de plusieurs années.

Il était venu enfin prendre du repos, et sa robuste santé lui permettait de mener une vie encore active. Rien n'indiquait à ses amis que le deuil cruel d'aujourd'hui pût être prochain.

A l'énumération un peu sèche des états de service de M. Rousselin j'ai à ajouter quelques souvenirs personnels. J'étais étudiant en médecine quand je l'ai connu. J'avais pour lui le plus profond respect, car c'était Monsieur l'inspecteur général venant inspecter l'asile dont mon père était le directeur; mais ce que je me rappelle, c'est que l'inspecteur, par son amabilité et sa courtoisie, était pour mon père un ami venant exercer un contrôle bienveillant.

Lorsque je devins médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares, M. Rousselin était depuis quelques mois le médecin en chef de Saint-Yon. Je reçus de lui l'accueil le plus gracieux, et nous avions d'autant plus occasion de nous voir souvent que les voyages de Rouen à la plaine de Quatre-Mares étaient fréquents pendant la construction du nouveau Saint-Yon. Les rapports étaient d'autant plus faciles que M. Rousselin était un homme charmant, me recevant, malgré la différence d'âge, en camarade, et que j'avais toujours du plaisir à le rencontrer. Le voyage que je fis avec lui pour conduire un aliéné de Quatre-Mares à Nantes, voyage où nous visitâmes au retour les asiles de Saint-Méen à Rennes, et la Roche-Gandon à Mayenne, et où nous fûmes de gais compagnons, est resté un de mes meilleurs souvenirs.

Et maintenant, mon cher Monsieur Rousselin, il faut vous dire adieu, adieu au nom de tous ceux qui vous ont connu à Saint-Yon et qui ont conservé de vous un souvenir sympathique.

Adieu au nom de l'Association des médecins aliénistes dont vous faisiez partie depuis 1865, c'est-à-dire depuis le début, et dont vous avez été membre du Conseil.

Qu'il me soit permis de présenter dans cette triste circonstance à Madame Rousselin, et à tous les membres de votre famille désolée, l'expression d'une respectueuse condoléance, et de dire combien nous prenons part comme amis à ce deuil.

Adieu, mon cher Monsieur Rousselin, adieu.

LE RÉFORMATOIRE D'ELMIRA (1).

Les malfaiteurs ne sont-ils que de simples malades? La question est, depuis longtemps, partout controversée. Mais, seuls, les Américains paraissent y avoir répondu dans le sens de l'affirmative. J'en ai eu la preuve au cours de mon dernier voyage dans l'Etat de New-York, où j'ai pu visiter un des plus vastes établissements pénitentiaires qui soient au monde, et dans lequel le régime appliqué aux condamnés s'inspire uniquement de cette idée que l'homme qui fait le mal est un malade le plus souvent guérissable. En ma qualité de médecin, l'expérience tentée aux Etats-Unis m'intéressait particulièrement. Aussi ai-je accepté avec empressement l'autorisation que me donnait le président du conseil d'administration des prisons de l'Etat de New-York, de visiter le pénitencier où les détenus sont « soignés et guéris » et auquel on a donné le nom symbolique de « réformatoire ». Vous allez voir, en effet, que c'est une œuvre de « réformation » qu'a entreprise l'Etat de New-York.

Elmira, où a été érigé ce réformatoire, est séparé de New-York par onze heures de rapide. Un train me débarquait à huit heures du matin au pied de la colline sur laquelle se trouve le vaste et luxueux établissement. Si je n'avais pas vu sur les murs d'enceinte un cordon de sentinelles armées de carabines, j'aurais cru entrer dans un château plutôt que dans une prison. Un concierge géant me conduisit auprès du directeur, qui me fit introduire dans son cabinet après avoir pris connaissance d'une lettre de recommandation qui m'avait été remise pour lui à New-York.

Je me trouvai en face d'un homme jeune, paraissant à peine trente ans, d'une physionomie intelligente, douce et empreinte de bonté. Il est docteur en médecine et se voit avec la plus ardente conviction à l'accomplissement de sa mission. Il croit que les malfaiteurs sont des malades et qu'il y a plus de profit pour la société à les guérir qu'à les punir. J'ai employé cinq heures à visiter dans sa compagnie et dans celle du médecin en chef de l'établissement les diverses parties du réformatoire. J'en suis sorti en sentant s'augmenter en moi l'admiration que m'ont toujours inspirée les Américains, pour la tranquille audace avec laquelle ils abordent les questions les plus para-

(1) Nous empruntons ce curieux article au journal *le Temps*, numéro du dimanche 27 avril 1902.

doxales en apparence et pour les solutions pratiques et ingénieuses qu'ils réussissent souvent à leur donner.

Tout d'abord le mot « prison » n'est jamais prononcé là-bas, pas plus que le mot « prisonnier ». C'est le « réformatoire » avec ses « habitants ». Seuls, les hommes y sont admis au nombre de 1.500 environ. Ils ne peuvent y entrer que de seize à trente ans, à condition qu'ils n'aient pas été l'objet d'une condamnation supérieure à vingt ans de détention. Le juge, en vertu d'un pouvoir discrétionnaire, peut ordonner l'envoi d'un condamné à Elmira.

Si vous le voulez bien, nous suivrons un homme arrivant au « réformatoire » avec une peine de vingt ans à purger. Après avoir été nettoyé et désinfecté, il prend l'uniforme de la maison dit « teinte neutre ». Cet uniforme est noir. Le nouvel « habitant » est conduit à la visite médicale. Si le sujet est jeune et si le médecin considère que ses muscles ne sont pas suffisamment exercés pour fournir un travail continu, il commence par l'envoyer pour une période plus ou moins longue — le médecin seul en est juge — au gymnase.

La salle de gymnastique, qui a environ 150 mètres de longueur, est chauffée suffisamment pendant la mauvaise saison, pour que les « habitants » puissent y travailler légèrement vêtus. Elle est munie des appareils les plus perfectionnés et combinés de façon que l'arrivant y exerce tous ses muscles. Tous les jours il prend une leçon de natation dans une piscine d'eau tiède et est soumis à un massage. Lorsque l'arrivant, au lieu d'être simplement faible, musculairement parlant, est envahi par la graisse, il va régulièrement à l'étuve pour tâcher d'éliminer ce qu'il a en excès. En un mot, on en fait d'abord un homme résistant. Quand le médecin juge qu'il est en état de travailler, le directeur le fait venir et lui demande s'il a une préférence marquée pour un métier quelconque.

Notre homme désire-t-il, par exemple, être maçon : il sera envoyé dans l'équipe de ces ouvriers et il apprendra à se servir de la truelle, du niveau, du fil à plomb, à construire des voûtes, des murs, à éléver des constructions qui seront démolies aussitôt terminées. Le « réformatoire » a pour principe de ne pas faire concurrence à l'industrie privée, et cette règle est scrupuleusement observée pour tous les objets produits par les professionnels de la maison. Ce sont toujours les mêmes briques qui servent, et, au lieu de chaux, on emploie une terre suffisamment cohésive avec les autres matériaux pour que la bâtie ne s'effondre pas.

Lorsqu'il aura terminé son apprentissage de maçon, l'« habitant » passera successivement dans l'équipe des charpentiers, ou des menuisiers, ou des tourneurs sur bois ou sur métaux,

des fondeurs de cuivre ou de fer, des peintres en bâtiment, des peintres-décorateurs, des ébénistes, des ferblantiers, des étaumeurs, des rempailleurs ou rembourreurs de meubles.

Si ses aptitudes et ses goûts lui permettent de se livrer à des travaux plus difficiles ou plus delicats, il lui sera loisible d'apprendre la sténographie, la composition typographique, le maniement de la machine à écrire, la reliure, etc. En un mot, on met à sa disposition, au réformatoire d'Elmira, le moyen de devenir un homme utilisable et régénéré. Il convient de dire que presque tous les habitants, à leur sortie du réformatoire (de 80 à 90 p. 100 environ), trouvent facilement à s'occuper.

Voilà pour le côté professionnel de la « réformation » des condamnés. Voyons ce que les Américains ont imaginé pour l'amélioration de leur état moral.

Notre homme, je l'ai dit, a été, dès son arrivée, revêtu d'un uniforme noir. On le conduit à la comptabilité, où lui est ouvert sur le grand livre de l'établissement un compte particulier. Son travail est évalué à 2 fr. 50 par jour et, chaque mois, il lui est remis un extrait de son compte courant. S'il se conduit bien, on lui donne, après avoir été vêtu de noir pendant six mois, des vêtements bleus. Le bleu est la teinte privilégiée. Elle lui confère le droit de se nourrir au restaurant de la maison, d'y commander un jour ce qu'il désire manger le lendemain, d'y être assis à une table couverte d'une nappe, et de pouvoir pendant les repas causer avec ses voisins.

Naturellement, ces repas servis au restaurant sont payants et il faut que l'« habitant » s'arrange de façon à ne pas dépasser son budget; mais, même en cas de déficit, on ne lui coupe pas immédiatement les vivres. Le directeur le fait appeler, lui fait observer qu'il a tort de contracter des dettes, que chaque demi-dollar (2 fr. 50) dû par lui représente une journée de plus à passer au réformatoire; et il arrive presque toujours, m'assurent-on, à lui donner des goûts d'économie. Il n'est pas rare de voir un condamné économie sortir de là avec un pécule de 1.200 ou 1.500 francs. De toute façon, la maison ne le laissera pas partir sans lui remettre 50 dollars, soit 250 francs, qui devront lui assurer du pain jusqu'à ce qu'il ait trouvé de l'ouvrage.

Si l'état moral du condamné ne s'améliore pas, si au lieu de se bien conduire et d'arriver au bout de six mois à posséder le vêtement bleu, il se montre indiscipliné, injurie le personnel, casse le mobilier, cherche querelle à ses codétenus, on commence par lui infliger des amendes; j'ai vu, sur le grand livre, le compte d'un de ces révoltés qui était arrivé à avoir ainsi un déficit de près d'un millier de francs. Quand les amendes ne suffisent pas, on lui donne la tenue rouge qu'il est obligé de garder six mois avant de pouvoir reprendre la teinte neutre,

c'est-à-dire l'uniforme noir qu'il devra garder encore pendant le même laps de temps avant d'être vêtu de bleu. Il va sans dire qu'à la teinte rouge correspond un régime sévère. Plus de restaurant, le silence imposé partout, la surveillance rendue plus étroite, etc. Néanmoins, dans le dessein de ne pas décourager complètement certains « habitants » de la catégorie « rouge », le directeur a la faculté, le 4 juillet, jour de la fête nationale des Etats-Unis, de faire une remise partielle ou complète des peines.

— Et, me disait le jeune directeur du réformatoires d'Elmira, j'en use largement.

L'administration et la surveillance générale du réformatoires sont assurées par les budgets de l'Etat de New-York. Les surveillants ordinaires appointés par l'Etat sont aidés, en ce qui concerne notamment les exercices militaires auxquels les « habitants » sont astreints, par un colonel, des capitaines, des lieutenants et des sous-officiers recrutés parmi les condamnés. Tous manœuvrent fort bien aux sons de leur excellente musique militaire. Mais, et c'est là une contradiction dans les vues des Américains, à la sortie des condamnés, l'Etat refuse formellement de les incorporer dans l'armée américaine. J'en ai fait la remarque au directeur, et j'ai cru deviner à son geste que j'avais touché en lui un point sensible.

Le service médical m'a paru fort bien organisé. Tous les tuberculeux sont isolés. Leur linge qui a une teinte spéciale est lavé séparément et les cellules qu'ils habitent sont désinfectées régulièrement toutes les semaines.

Les cellules des « habitants » occupent un bâtiment d'une hauteur de trente mètres environ. Il y a six rangées de cellules superposées avec des galeries en fer pour assurer la circulation. Au réveil les hommes se lèvent, se lavent et viennent se poster devant la porte de leurs cellules qui sont ouvertes par des porte-clefs spéciaux pour se rendre en file indienne à leurs travaux.

En dehors des ablutions journalières, les hommes prennent tous les huit jours une douche. En entendant l'expression de mon admiration pour cette installation de douches tièdes; le directeur me disait :

— Comment voulez-vous qu'un homme recherche la propreté si cela lui est désagréable?

J'ajoute qu'il n'entre pas dans l'idée du directeur de séparer complètement ses pensionnaires de la vie du dehors. Certains « habitants » sont chargés de lire les journaux et les revues, et chaque semaine il paraît un journal imprimé dans le réformatoires même, qui rend compte des faits politiques, scientifiques ou autres, de tout, en un mot, ce qui peut intéresser des hommes.

On n'expurge que tout ce qui a trait aux crimes ou aux vols.

Résultats : le réformatoire restitue à la société de 75 à 80 p. 100 de ses « malades » radicalement guéris et utilisables. 20 à 25 p. 100 des malfaiteurs qui y entrent sont des incurables, des inguérissables. C'est du moins ce qui m'a été formellement affirmé.

D^r AUG. LULING.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

63. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du samedi 21 juin 1902) :

M. Blondeau, commissaire de police du quartier de la place Vendôme, a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt M. Cesselin, charcutier, 350, rue Saint-Honoré, qui, dans un accès de folie, a frappé sa femme de deux coups de couteau, l'un au sein et l'autre au bras.

M^e Cesselin, dont les blessures ne sont heureusement pas graves, est soignée chez elle.

64. *Meurtre commis par une aliénée.* — On écrit de Loches au *Temps* (numéro du lundi 23 juin 1902) :

A 4 heures ce matin, l'hôpital de Loches était mis en émoi par des cris désespérés de : « Au secours ! » poussés par une voix de femme.

Ils partaient de la direction du bassin de l'hospice.

La supérieure et le jardinier accoururent et virent une femme se débattant dans l'eau.

Ils la retirèrent et la transportèrent dans son lit.

C'était la veuve Buffeteau, âgée de soixante-treize ans, hospitalisée depuis 1895.

Interrogée par la supérieure, elle répondit :

— Je voulais mourir. Vous m'avez empêché de faire mon bonheur comme j'ai fait le sien.

En disant ces paroles elle désignait le lit voisin du sien, celui d'une petite infirme, Marguerite Lutier, âgée de douze ans.

La supérieure se pencha sur le lit de l'enfant. Elle put constater que celle-ci était morte. Elle portait au cou des traces violacées de strangulation.

— C'est moi qui l'ai étranglée, dit la veuve Buffeteau, je l'ai étranglée avec un foulard à minuit. Elle n'a presque pas crié, la mignonne ! Puis je suis allée me noyer. Je savais qu'on voulait me séparer d'elle. Je l'aimais trop pour la quitter. J'aimais mieux que nous en finissions toutes deux avec la vie. Hier, j'ai cru que c'était fini, qu'on allait me l'enlever. Alors j'ai décidé de la tuer et de me tuer.

En 1896, un an après l'entrée à l'hôpital de la veuve Buffeteau, était amenée la petite Lutier. L'enfant était complètement infirme. Elle n'avait même pas l'usage de la parole. La vieille femme la prit en affection. Elle ne la quittait pas, la soignait comme une mère.

Depuis quelques jours, la veuve Buffeteau éprouvait de terribles douleurs de tête et parfois déraisonnait. Elle disait qu'on voulait lui « enlever sa petite ». Vainement, on tentait de la rassurer.

Le maire de Loches et le commissaire de police se sont immédiatement rendus sur les lieux, en attendant la venue du parquet, prévenu.

L'émotion est profonde à Loches.

65. *Suicide.* — M^{me} Julie Gachet, âgée de soixante-deux ans, qui, depuis quelque temps, manifestait des signes de dérangement cérébral, s'est précipitée par la fenêtre de sa chambre située au sixième étage, 16, avenue de Villiers. La malheureuse s'est tuée sur le coup. (Le *Matin*, numéro du mercredi 25 juin 1902.)

66. *Folle incendiaire.* — Il y a huit jours, un commencement d'incendie se déclarait dans la cuisine de M^{me} Girard, qui habite 11, rue Jeanne-Hachette, à Ivry, dans des circonstances qui parurent bizarres aux pompiers ; mais il ne fut point donné de suite à l'affaire.

Hier après-midi, des voisines de M^{me} Girard l'aperçurent dans sa cuisine. Elle était occupée à mettre le feu à des papiers et chiffons disposés dans une boîte à ordures sur laquelle elle avait posé deux balais de jonc. Elles donnèrent l'alarme, mais avant que les secours aient pu être organisés, la cuisine et tout ce qu'elle contenait était la proie des flammes. Difficilement on éteignit le feu qui menaçait de prendre de grandes proportions, tandis que M. Verdeau, commissaire de police, faisait envoyer M^{me} Girard à l'infirmerie spéciale du Dépôt pour qu'elle y fût examinée. Son mari, qui a demandé que cette mesure fût prise, a déclaré que depuis quelque temps la malheureuse ne possédait plus sa raison. (Le *Matin*, numéro du mercredi 25 juin 1902.)

67. *Fou meurtrier et incendiaire.* — Depuis un an qu'ils habitaient au n° 7 de la rue Saint-Claude, les époux Monnier vivaient en très mauvais accord.

Le mari, peintre en bâtiments, âgé de vingt-sept ans, travaillait rarement.

Sa femme lui faisait de fréquentes remontrances, du reste fort mal accueillies.

En rentrant avant hier, il lui déclara qu'il allait prochainement toucher un héritage.

— Bientôt, nous serons riches, dit-il...

Hier matin, vers 5 heures, Monnier demanda un peu d'argent à sa femme et descendit acheter du jambon, du pain et du vin, puis il se mit tranquillement à manger.

Son repas terminé, il s'approcha du lit, embrassa sa femme, et, comme celle-ci ne se réveillait pas, devenu subitement fou, il saisit une bouteille et lui en asséna plusieurs coups terribles à la tête. S'armant ensuite d'un couteau il lui en porta cinq coups sur diverses parties du corps.

Le forcené alla ensuite chercher un bidon d'alcool à brûler, en arrosa sa malheureuse compagne évanouie et y mit le feu.

Lorsqu'il aperçut les flammes, Monnier enjamba l'appui de la fenêtre et se précipita dans le vide d'une hauteur de cinq étages. Dans sa chute il se brisa la colonne vertébrale. Il mourut en arrivant à l'hôpital Saint-Louis.

L'incendie se développa rapidement. Cependant M^{me} Monnier fut sauvée par les pompiers et transportée à l'hôpital Saint-Antoine. Son état est des plus graves. (Le *Matin*, numéro de vendredi 27 juin 1902.)

68. *Quintuple assassinat.* — On écrit de Rome au *Journal* (numéro du 1^{er} juillet 1902) :

Un horrible drame, dû à un accès de folie provoqué par la plus extrême misère, a jeté la population de Pesaro dans un vif émoi :

Une malheureuse veuve, Thérèse Serpieri, mère de cinq enfants, a tué les trois aînés d'un coup de hache et a étranglé les deux plus jeunes qui appelaient au secours.

Son crime accompli, la folle s'est précipitée dans la rue. Elle a été immédiatement arrêtée et transportée à l'asile des aliénés de Saint-Benoît.

69. *Infanticide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 10 juillet 1902) :

Un cantonnier de la ville de Paris, M. Frédéric Motter, demeurant rue Alexandre-Dumas, 99, s'est rendu, hier soir, auprès de M. Deslandes, commissaire de police, pour lui faire savoir que sa femme, qui était accouchée il y a trois semaines, prise soudain d'aliénation mentale, s'était enfuie le 7 juillet, en emportant sa petite fille nouveau-née.

Elle ne reparut que le lendemain, chez sa mère, demeurant rue Auger, 6, et déclara qu'elle avait jeté son enfant dans la Marne.

M. Deslandes, commissaire de police, s'est rendu, en compagnie du Dr Fossi, auprès de la malheureuse folle, et il a été reconnu qu'elle avait agi sous l'influence de la fièvre puerpérale.

Des recherches, qui n'ont encore donné aucun résultat, ont

été faites dans la Marne, à l'endroit vaguement indiqué par M^{me} Motter.

70. *Suicide.* — Un marchand de vins en bouteilles, M. Francis M..., âgé de cinquante-neuf ans, ne jouissant plus depuis quelques jours de la plénitude de ses facultés mentales, s'est suicidé chez lui, 33, rue de Douai, hier, dans des circonstances particulièrement atroces.

Après avoir avalé un verre d'eau de Javel, l'insensé se saisit d'un long couteau et se coupa le bras gauche jusqu'à l'os ; puis, toujours avec la même arme, il se trancha la gorge.

Il a été transporté à l'hôpital Lariboisière dans un état qui laisse peu d'espoir. (Le *Journal*, numéro du vendredi 11 juillet 1902.)

71. *Suicide.* — On écrit de Rodez au *Journal* (numéro du dimanche 13 juillet 1902) :

La demoiselle Léonie Dechamp, en religion sœur Françoise-Angélique, âgée de trente-trois ans, du couvent de la Visitation, à Périgueux, étant atteinte d'une maladie mentale, se rendait à la maison du Bon-Sauveur, à Albi, sous la surveillance d'une autre religieuse du même couvent. Il faisait très chaud, et la gardienne sommeillait ; tout d'un coup, la malade, ouvrant le loqueteau, franchit la portière et disparut.

L'accident se passait non loin de Capdenac, entre les stations de Naussac et de Salles. Les voyageurs du même compartiment firent aussitôt jouer le signal d'alarme. Le train s'arrêta et on se mit à la recherche de la pauvre folle, qu'on trouva pantelante sur la voie. On la transporta dans la maisonnette de garde la plus voisine et on appela d'urgence un médecin ; mais, pendant ce temps, la pauvre sœur expira.

72. *La folie d'une mère.* — Une marchande des quatre-saisons, M^{me} Marie Lescure, âgée de quarante et un ans, demeurant rue Damrémont, perdait, il y a quelques mois, sa fille Jeanne, âgée de seize ans. Depuis cette époque la pauvre mère n'avait plus toute sa raison.

Fréquemment, la nuit, elle se levait, descendait dans la rue et se rendait aux environs du cimetière où est enterrée son enfant. Le matin elle reprenait le chemin de son domicile, et disait à ses voisins en sanglotant :

— Je suis allée tenir compagnie à ma pauvre Jeanne. Elle s'ennuie moins quand je suis là... Ma chère mignonne, Dieu me la rendra bientôt... je suis trop malheureuse sans elle!...

Les voisins la consolaient de leur mieux et lui affirmaient, qu'en effet son enfant lui serait bientôt rendue...

Hier matin, à 6 heures, M^{me} Lescure se rendit à son travail. En passant devant la loge du concierge, elle cria à celui-ci :

— Je crois qu'on ne veut pas me rendre ma Jeanne. Je vais aller la rejoindre.

La concierge n'attacha aucune importance à ces paroles. Sans cesse la pauvre femme parlait d'aller rejoindre sa fille; mais jamais elle n'avait attenté à sa vie.

La marchande des quatre-saisons prit sa petite voiture et partit. Elle alla jusqu'à la rue Tronchet. Là elle s'assit sur un banc pendant quelques minutes, puis soudain se jeta sous les roues d'un tramway électrique qui arrivait à toute vitesse.

Les passants entendirent la pauvre folle crier :

— Jeanne, me voici!...

Un gardien de la paix, témoin de ce drame rapide, s'élança au secours de la malheureuse et fut assez heureux pour la tirer à lui au moment où elle allait être broyée par la lourde voiture.

Il la porta dans une pharmacie où on constata qu'elle était gravement contusionnée sur diverses parties du corps. Elle a été transportée à l'hôpital Lariboisière. Quand son état le permettra, elle sera dirigée sur un asile d'aliénés. (Le Matin, numéro du mardi 15 juillet 1902.)

73. *Suicide*. — On écrit de Rodez au *Journal* (numéro du samedi 19 juillet 1902) :

La dame Pougeade, demeurant au Mazet, près Arques, avait depuis quelque temps la nostalgie du suicide, à tel point qu'on la gardait à vue presque continuellement. Hier soir, trompant la surveillance des personnes de sa famille, elle est allée se jeter dans un vivier, à 200 mètres de sa maison.

Elle était déjà morte quand on a pu la retirer de l'eau.

74. *Coupeuse de nattes.* — Des agents mettaient hier en état d'arrestation, rue des Saules, une femme à l'air égaré qui suivait les fillettes qu'elle rencontrait et tranchait leurs nattes d'un coup de ciseaux.

Conduite au commissariat de police du quartier de Clignancourt, la prisonnière ne répondit que par des propos incohérents à l'interrogatoire que M. Carpin lui fit subir.

Il fut impossible au magistrat d'obtenir son nom et son adresse.

Le magistrat, persuadé d'avoir affaire à une folle, a envoyé la coupeuse de nattes à l'infirmerie spéciale du Dépot. (*Le Matin*, numéro du vendredi 25 juillet 1902.)

75. *Un mitron anthropophage*. — Une scène tragique s'est déroulée la nuit dernière, vers 3 heures, dans une boulangerie, de la rue de Belleville.

Deux ouvriers, MM. Jacques Lerolle, âgé de trente-deux ans, et Maurice Kirsch, vingt-neuf ans, se trouvaient dans le fournil.

Tout à coup, Maurice Kirsch s'approcha de son camarade,

lui posa la main sur l'épaule et, le regardant bien en face, lui dit froidement.

— J'ai envie de te faire rôtir. Je suis devenu anthropophage ; tu dois être très bon à manger, je vais te jeter dans le four.

Croyant que Kirsch plaisantait, M. Lerolle se mit à rire et répondit :

— Ma foi oui... fais-moi cuire et régale-toi.

A peine avait-il prononcé ces paroles que son compagnon, devenu subitement furieux, le saisit à la gorge, le renversa et lui porta plusieurs coups de pied au visage. Puis il tenta de le traîner vers le four dans lequel cuisait le pain.

Aux cris poussés par le malheureux, des gardiens de la paix accoururent ainsi que le patron de la boulangerie et des voisins. On descendit en toute hâte dans le sous-sol. Là, les agents engagèrent, avec le forcené qui hurlait : « J'ai faim, je veux le manger... », une véritable lutte au cours de laquelle ils furent assez gravement contusionnés. Le pauvre fou fut enfin maîtrisé. Les gardiens de la paix, après l'avoir solidement ligoté, le conduisirent au poste d'où il fut dirigé sur l'infirmerie spéciale.

Les blessures de M. Jacques Lerolle sont heureusement sans gravité ; mais il se souviendra longtemps de cette nuit tragique. (Le *Matin*, numéro du dimanche 27 juillet 1902.)

76. *Double tentative d'homicide.* — On télégraphie de Bordeaux à la *Dépêche de Toulouse* (numéro du samedi 30 juillet 1902) :

Un cultivateur de Bourg-sur-Gironde, Prolongeau, était occupé à scier des planches, aidé par sa femme ; soudain il lâcha sa scie, s'empara d'un énorme marteau de bois et frappa à coups redoublés sur la malheureuse. A ses cris, son enfant, âgé de douze ans, accourut ; il trouva son père tout en larmes. Mais bientôt, saisi d'un nouvel accès de folie furieuse, Prolongeau entraîna l'enfant sous un hangar et le frappa à plusieurs reprises avec une sorte de faux, emmanchée à un bâton, qui sert à épamprer la vigne.

Des voisins, attirés par le bruit, arrivèrent et trouvèrent le meurtrier pleurant, agenouillé près de sa femme inerte. Depuis six mois, il donnait des signes d'allégnation mentale : il a été interné à l'hôpital de Bordeaux. Les blessures de l'enfant ne sont pas graves ; il n'en est pas de même de celles de la mère.

77. *L'homme volant.* — Sous ce titre, le *Journal* publie, dans son numéro du vendredi 8 août 1902, le fait divers suivant :

Un cordonnier, Emile Bossurey, âgé de soixante-six ans, demeurant rue Pouchet, 29, donnait depuis quelque temps

des signes de troubles cérébraux. Il parlait d'inventions bizarres et n'admettait pas qu'on lui montrât de l'incrédulité sur ce chapitre.

Hier matin, il invitait quelques-uns de ses amis à assister chez lui à l'une de ses expériences :

— Je vais vous montrer l'homme volant, leur dit-il.

Prenant alors un drap préparé en forme d'ailes, et avant que les témoins de cette scène eussent pu l'en empêcher, il se précipitait dans le vide par la fenêtre de sa chambre, située au quatrième étage.

Le malheureux fou tombait sur le toit d'un hangar sans faire aucun mal. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

78. *La folie d'une mère.* — Des cris déchirants partaient, hier après-midi, du logis occupé rue Martre, à Clichy, par une dame Marie Emmanuel.

Des voisins pénétrèrent chez M^{me} Emmanuel. Elle venait d'être prise d'un accès d'aliénation mentale et, les doigts crispés autour du cou de son bébé, âgé de treize mois, tentait d'étrangler le pauvre petit.

L'intervention des voisins sauva l'enfant d'une mort certaine.

Rendue plus furieuse par cette irruption d'étrangers dans son domicile, la malheureuse folle s'arma d'une hachette et se jeta sur eux. Tous battirent en retraite; bientôt, avec fracas, les meubles vinrent s'abîmer sur le pavé de la cour. M^{me} Emmanuel jetait par la fenêtre tout ce qui lui tombait sous la main.

Des gardiens de la paix s'introduisirent enfin chez elle et la maîtrisèrent. Elle fut alors conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Son bébé a été confié à l'administration de l'Assistance publique. (*Le Matin*, numéro du samedi 9 août 1902.)

79. *Fureur alcoolique.* — Un cordonnier de Pontgibaud (Puy-de-Dôme), nommé Louis Hourdeau, que l'abus des boissons rendait complètement fou, tira, il y a deux jours, plusieurs coups de revolver sur les voisins accourus à ses démonstrations bruyantes. Personne ne fut d'abord atteint; mais un dernier coup étendit raide morte une malheureuse femme, Anne Jouhet, qui vivait avec lui.

Un gendarme, nommé Passelaigue, avait été averti et escalada la maison dans laquelle le fou s'était barricadé. Il fut reçu à coups de tranchet et tomba dans les bras des voisins, portant six blessures dont aucune, heureusement, ne paraît mortelle.

Il fallut ensuite éteindre un commencement d'incendie que Hourdeau avait perpétré pour dissimuler le meurtre de sa maîtresse, puis engager avec lui une lutte terrible pour le mettre hors d'état de nuire. Il a été écroué à Riom en attendant l'avis

des médecins aliénistes. (Le *Temps*, numéro du dimanche 10 août 1902.)

80. *Tentative de suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 18 août 1902) :

Depuis longtemps déjà, M^{me} Jeanne Prait, âgée de quarante ans, journalière, demeurant 28, rue de la Chapelle, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés.

A diverses reprises, au cours de ses accès de folie, la pauvre femme avait manifesté l'intention de se suicider. Jusqu'ici, son mari et ses enfants, qui la surveillaient étroitement, avaient réussi à l'empêcher d'attenter à ses jours.

Hier, après-midi, M^{me} Prait se trouva seule pendant quelques instants. Sa fille, qui la gardait, était sortie pour faire quelques courses dans le quartier.

Tout à coup, la folle ouvrit la fenêtre de sa chambre et se précipita dans le vide en criant :

— Enfin, je vais monter au ciel!...

La malheureuse se serait infailliblement tuée, si, par un hasard qu'on peut qualifier de providentiel, elle n'était restée accrochée à un clou, par sa jupe, à la hauteur du deuxième étage.

On se porta aussitôt à son secours, et on parvint à la tirer de sa terrible position.

La pauvre femme a été envoyée à l'infirmerie spéciale, d'où elle sera dirigée sur un asile d'aliénés.

81. *Tentative d'incendie et impulsions violentes.* — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 22 août 1902) :

M^{me} B... qui demeurait avec son mari, route de Choisy, à Ivry, fut prise hier d'une crise de folie furieuse. Elle essaya de mettre le feu au mobilier. Son mari, naturellement, l'en empêcha. Puis il appela des voisins, en toute hâte, pour s'emparer de la malheureuse. Quand ils arrivèrent, celle-ci leur jeta à la tête toute la vaisselle du ménage, puis tous les objets qui se trouvèrent sous sa main, et même des chaises. Le plancher fut bientôt jonché de débris de toutes sortes. Il était impossible d'approcher de la malade dont la crise avait atteint le paroxysme.

Désespérant de venir à bout de sa femme, M. B... se fit délivrer un certificat de médecin et alla prévenir M. Verdeau, commissaire de police, qui envoya des agents pour se saisir de l'aliénée.

Mais il leur fallut livrer un assaut en règle, M^{me} B... s'étant barricadée dans sa cuisine et menaçant de tuer quiconque approcherait.

Après plusieurs tentatives infructueuses, les agents parvinrent à s'emparer de la malade qu'ils installèrent, solidement

ligotée, dans une voiture qui prit le chemin de l'infermerie spéciale du Dépôt.

M^{me} B... a déjà été, à plusieurs reprises, internée dans des maisons de santé.

82. *Suicide.* — On télégraphie de Bar-le-Duc au *Temps* (numéro du samedi 23 août 1902) :

« On vient de retirer de la Meuse, à Vaucouleurs, le cadavre de M. Gobillot, le malheureux instituteur dont vous avez parlé en annonçant le double crime des Paroches, qui a pour auteur, comme on sait, Théophile Leclerc, lequel a été arrêté à Genève et va passer en cour d'assises à Saint-Mihiel.

« C'est M. Gobillot, maître d'école aux Paroches, qui pendant des mois a été accusé, par la rumeur publique et même par une certaine partie de la presse locale, des assassinats commis en cette commune; c'est contre lui qu'un commencement d'instruction avait été ouverte. Il était devenu fou, et l'arrestation du véritable assassin n'a pu lui faire retrouver la raison.

« Disparu depuis huit jours de son domicile, au moment où on allait l'enfermer, il s'est noyé cette nuit. »

83. *Tentatives répétées de suicide.* — On télégraphie de Chambéry au *Temps* (numéro du samedi 23 août 1902) :

« Une jeune femme habitant Bissy avait depuis quelques jours l'idée fixe de tuer sa mère. Hier à midi, pour échapper à cette obsession, elle tenta de se noyer dans l'Albanne, à Chambéry. Elle fut retirée malgré sa résistance par M. Vuillermet, jardinier. Elle essaya alors de s'étangler avec son mouchoir.

« On la transporta à l'hôpital où sa mère vint la chercher à six heures du soir. Arrivée chez elle, elle se donna deux coups de couteau.

« Son état est désespéré. »

84. *Un dangereux maniaque.* — Un habitant de Saint-Ouen, un peu ivrogne et beaucoup détraqué, nommé Louis Lepetit, se croyait depuis quelque temps poursuivi par d'imaginaires ennemis.

Hier soir, plus nerveux encore qu'à l'ordinaire, il s'arma soudain d'un revolver et se mit à la poursuite de sa femme.

Epouvantée, celle-ci gagna la rue.

Le forcené l'eut bientôt rejoints et il lui déchargea son arme en pleine figure. Par le plus grand des hasards et des bonheurs, la balle dévia, laissant seulement sur le crâne de la pauvre femme un long sillon sanglant. Tiré à bout portant, le coup de feu lui avait seulement brûlé le cuir chevelu.

A grand'peine maîtrisé, Lepetit fut emmené au commissariat de police, puis dirigé sur l'infermerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du lundi 25 août 1902.)

85. *Tentative de suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 27 août 1902) :

« A la suite d'une double condamnation prononcée par le tribunal correctionnel contre les époux Launay, cultivateurs au bois de Nivoye, près Dammarie, l'administration avait fait les démarches nécessaires pour obtenir l'internement, dans l'asile d'aliénés de Bonneval, de la femme Launay, considérée comme folle dangereuse.

« Hier matin, deux sœurs de l'asile, le maire de Dammarie et le garde-champêtre se présentaient au domicile des époux Launay. Toutes les portes étaient barricadées ; ils essayèrent de parlementer et d'ouvrir les portes ; les assiégés s'y refusèrent, profitant des menaces de mort. Les autorités persistèrent à pénétrer dans la maison. Soudain un coup de feu retentit : la femme Launay avait pris son revolver, qui ne la quittait pas, et s'était tiré un coup sous le sein gauche ; elle s'affaissa. Le mari ouvrit alors les portes. La victime a été conduite à l'asile de Bonneval dans un état désespéré. »

86. *Suicide à la japonaise* — Pendant un long séjour aux colonies où il avait servi dans un régiment de tirailleurs algériens, Eugène Largillé, âgé de soixante ans, demeurant rue des Meuniers, avait contracté la fâcheuse habitude de boire plus que de raison.

A deux reprises déjà, étant ivre, il avait tenté de se donner la mort : une première fois en se pendant, une seconde en s'empoisonnant. A la suite de cette dernière tentative il avait dû être transporté à l'hôpital Saint-Antoine.

Hier matin, il sortait de cet établissement.

A peine dans la rue, il alla prendre une « verte » chez un marchand de vin. Lorsqu'il eut absorbé la dernière goutte de la pernicieuse boisson, l'ancien tirailleur fut très gris ; repris par ses idées de suicide, il rentra chez lui, bien décidé à se tuer. Il décrocha d'une panoplie un long couteau et s'ouvrit le ventre, à la japonaise. La mort fut instantanée.

M. Boutineau, commissaire de police du quartier des Quinze-Vingts, a procédé aux constatations. (Le *Matin*, numéro du jeudi 4 septembre 1902.)

87. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 8 septembre 1902) :

Depuis quelques temps, un comptable, M. Cousin, âgé de quarante-trois ans, demeurant rue Damrémont, donnait des signes de dérangement cérébral.

Hier soir, s'imaginant que sa femme voulait l'empoisonner, il résolut de la brûler vive. Dans ce but, il amassa des chiffons sous le lit dans lequel la malheureuse venait de s'endormir, et, après les avoir imbibés de pétrole, y mit le feu.

M^{me} Cousin se réveilla, heureusement, et appela les voisins. Ceux-ci parvinrent — non sans peine — à se rendre maîtres du forcené et à éteindre le commencement d'incendie.

M. Cousin a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

88. *Infanticide et suicide.* — On écrit de Privas à l'*Echo de Paris* (numéro du samedi 13 septembre 1902) :

Un horrible drame de la folie vient de se produire à Toulaud, canton de Saint-Péray.

La femme Marthe Servant, âgée de trente ans, mariée à un agriculteur, avait éprouvé un tel chagrin de la mort de ses parents, que ses facultés mentales en furent ébranlées. Sa folie empira encore du jour où elle devint mère, et elle essaya à maintes reprises de tuer son petit enfant; mais, étroitement surveillée, elle ne put exécuter son funeste projet. Grâce à des soins dévoués, une amélioration se produisit dans son état, et ses proches crurent à sa guérison complète. Ils se relâchèrent de la surveillance exercée sur elle. Hier matin, elle fut prise d'une crise furieuse qui attira les voisins.

Ceux-ci, sachant le mari absent, voulurent pénétrer chez elle pour lui donner des soins. Mais comme ils allaient franchir la porte, la femme Servant, absolument nue, se précipita dans la rue en brandissant un couteau sanglant, dont elle menaça les personnes attirées par ses cris. Se doutant du drame qui avait dû s'accomplir, les voisins pénétrèrent dans la maison : l'enfant gisait inanimé sur le sol, au milieu d'une mare de sang. Il avait la tête et le corps tailladés de coups de couteau. Les voisins se mirent à la poursuite de la femme Servant qui, tournant son arme contre elle, se déchira le corps à coups de couteau.

Epuisée par le sang perdu, la malheureuse tomba inanimée dans la rue; malgré les soins qui lui furent prodigues, elle expira au bout de quelques instants.

Ce drame a jeté la consternation dans le pays, où la famille Servant est honorablement connue.

89. *Sept personnes tuées par un aliéné.* — On télégraphie de Malaga (Espagne) qu'un gendarme, pris tout à coup d'un accès de folie, s'est mis à parcourir les rues en faisant feu de son mauser.

Il a blessé ainsi cinq personnes et en a tué sept.

Les gendarmes se sont mis à la poursuite du fou et ont dû faire usage de leurs armes. Ce dernier a été tué. (Le *Temps*, numéro du mardi 16 septembre 1902.)

90. *Le crime d'un alcoolique.* — Un drame poignant vient, à Lyon, de jeter la consternation parmi les habitants de la rue des Capucins.

Un nommé Pathet, qui tient une échoppe de cordonnier à la halle des Cordeliers, est un alcoolique au dernier degré, à tel point que, depuis une semaine, sa femme avait constaté un dérangement dans ses facultés mentales.

Dimanche, Pathet, sa femme et sa fillette, âgée de six ans, se rendirent à la fête du quai des Brotteaux, où ils visitèrent la baraque de la femme-torpille. La vue de cette femme, qui dissimulait sous elle une minuscule pile électrique, frappa l'imagination de l'alcoolique qui en rêva et en parla pendant toute la journée.

Vers 11 heures du soir, Pathet, qui venait d'ouvrir la fenêtre pour, disait-il, chasser l'électricité qui avait envahi sa chambre, dit à sa fille : « Veux-tu que je te électrise ? » Sans défiance, la fillette, qui a six ans, se jeta dans les bras de son père, lequel, dans un accès de folie, la jeta par la fenêtre, dans la rue, d'une hauteur de quatre étages.

Ce drame s'était passé sous les yeux de la mère, dont on devine les cris et l'affolement.

La foule, ameutée autour du petit cadavre, a tenté de lyncher Pathet, que les agents n'ont pu empêcher d'être frappé et contusionné. Au poste, l'alcoolique, pris d'un accès de *délirium tremens*, a dû être ligoté. (Le *Temps*, numéro du mercredi 24 septembre 1902.)

RÉSUMÉ. — Nous avons recueilli dans les *Annales* de l'année 1902, 90 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux de Paris et de la province. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies, etc.; enfin, les suicides simples, ainsi que les suicides précédés d'homicides, fournissent un fort contingent.

Tentatives d'homicide, agressions violentes,	
menaces de mort	31
Suicides et tentatives de suicide	19
Homicides	14
Homicides et suicides	10
Excentricités et actes délictueux	9
Incendies.	7
Total.	90

Ainsi sur 90 cas, il y a eu 24 homicides, dont 10 ont été suivis du suicide de l'aliéné après la perpétration du meurtre. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, des actes délictueux, ainsi que des sept incendies. Ce qui nous paraît plus important, c'est

de compter le nombre de victimes faites par ces 90 aliénés en liberté. Il y a eu :

Blessés grièvement	34
Morts	32
Suicidés	19
Total	85

Ainsi notre statistique — qui est loin d'être complète — donne 34 personnes qui ont été blessées grièvement par des aliénés en liberté, et un grand nombre d'entre elles ont succombé à leurs blessures ; 32 ont été tuées ; enfin 19 aliénés se sont tués, dont plusieurs après avoir tué soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Comme les années précédentes, nous avons à signaler de véritables hécatombes faites par certains de ces aliénés ; ainsi il en est qui ont fait, l'un 3 victimes, un autre 5, un troisième 12 dont 7 tués et 5 blessés.

Comme tous les ans aussi, nous devons faire remarquer que la plupart de ces crimes et de ces délits ont été commis par des aliénés dont la plupart étaient malades depuis longtemps et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire séquestrer. Beaucoup avaient déjà été traités dans les asiles ; quelques-uns venaient même d'en sortir. — A. R.

LES SUICIDES EN FRANCE DE 1881 A 1900.

Bien que le suicide ne soit pas en France un délit, la statistique criminelle lui consacre plusieurs tableaux qui présentent les résultats du dépouillement des procès-verbaux, enquêtes judiciaires ou expertises médico-légales auxquelles il donne lieu. Depuis qu'il est consigné dans les comptes généraux de la Justice, le nombre des suicides n'a pas cessé de s'accroître, chaque année, jusqu'en 1892. A partir de cette époque, la courbe des morts volontaires a marqué un temps d'arrêt ; puis un mouvement de recul semble s'affirmer en 1900.

	Pour 100.000 habitants.
1881-1885	7.339 soit 19
1886-1890	8.286 — 21
1891-1895	9.237 — 24
1896	9.260 — 23
1897	9.356 — 24
1898	9.438 — 24
1899	9.952 — 25
1900	8.926 — 22

Les suicides se répartissent fort inégalement entre les départements. En 1896-1900, la moyenne, qui a été de 23 sur 100.000 habitants pour toute la France, est dépassée dans 30 départements.

Afin de faire ressortir les particularités qui concernent le sexe, l'état civil, la profession et le domicile des suicidés, il convient de rapprocher les chiffres de la statistique criminelle de ceux du dernier recensement, et de calculer la part qui revient à chaque classe de la population dans le nombre moyen annuel des suicides pour la période 1896-1900.

Sur ce nombre, on compte 7.069 hommes et 2.017 femmes, soit 37 suicidés du sexe masculin et 11 du sexe féminin sur 100.000 habitants de même condition : la tendance au suicide est donc près de quatre fois plus forte chez l'homme que chez la femme.

Si maintenant on recherche sur ce nombre global la proportion (hommes et femmes) des célibataires, des mariés et des veufs, on trouve qu'elle est de 33 pour les premiers, de 25 pour les seconds et de 62 pour les derniers, toujours sur 100.000 habitants de condition égale : ce sont donc les veufs qui se suicident le plus.

Fait à noter, de toutes les professions, ce sont les professions libérales et services publics qui ont la plus forte proportion de suicidés : 138 sur 100.000 habitants de même condition ; tandis que dans l'industrie, qui est la classe la moins touchée, on n'en compte que 25.

Enfin les suicides constatés dans les villes sont, en chiffres absolus, un tant soit peu moins nombreux que ceux que l'on relève pour les campagnes (4187 contre 4401, défalcation faite des inconnus) ; mais, par rapport à la population, ils le sont beaucoup plus (27 contre 18 sur 100.000).

Nous devons signaler, en terminant, un fait difficile à expliquer, à moins qu'on n'invoque une surveillance plus efficace résultant de l'interneiment plus généralisé des individus manifestant des tendances au suicide : les suicides attribués à l'aliénation mentale, qui formaient il y a vingt ans presque le tiers de total des morts violentes (31 p. 100), n'y entrent plus que pour un sixième environ (17 p. 100). (*Revue scientifique*, numéro du 11 octobre 1902.)

FAITS DIVERS

La consommation de l'absinthe. — Il résulte d'une statistique dont les éléments ont été puisés aux sources officielles, que la consommation de l'absinthe en sept ans, de 1885 à 1892, a augmenté en France de 85.000 hectolitres ; de 1892 à 1896,

en quatre ans, une nouvelle augmentation de 85.000 hectolitres a été constatée. Et le poison continue à être absorbé de plus en plus.

C'est bien le mot « poison » qui convient à l'absinthe, poison plus violent que l'acide prussique lui-même, puisqu'il résulte d'une expérience récente que, des poissons mis dans deux vases contenant, l'un de l'eau additionnée de six gouttes d'acide prussique par litre, et l'autre de l'eau additionnée de six gouttes d'essence d'absinthe par litre également, ce sont les poissons placés dans ce dernier vase qui sont morts les premiers. (*Revue scientifique*, numéro du 11 octobre 1902.)

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 mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 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.*

ANNÉE 1904.

PRIX AUBANEL. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1902 pour les prix à décerner en 1903 : pour ceux à décerner en 1904, le 31 décembre 1903, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVI^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance solennelle du 26 mai 1902.

	PAGES.
Correspondance	6
Discours de M. le Dr ^r MOTET, président de la Société	11
Rapport sur le prix Aubanel, par M. le Dr ^r SÉGLAS	20
Histoire des travaux de la Société médico-psychologique (1852-1901); par M. le Dr ^r Ant. RITTI, secrétaire général.	27
Banquet	131

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes (XII ^e session, Grenoble); par le Dr ^r A. Giraud.	177
Congrès international de l'assistance publique des aliénés et spécialement de leur assistance familiale (Anvers, 1 ^{er} au 7 septembre 1902); par le Dr ^r Paul Masoin	353

II. — Pathologie.

Les hallucinations unilatérales (<i>suite et fin</i>); par le Dr ^r J. Séglas,	208 et 374
Suicide et folie (<i>suite</i>); par le Dr ^r Viallon.	234 et 394
Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce; par les Dr ^s Maurice Dide et Louis Chénais	404

III. — Législation.

De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être (<i>suite</i>); par le Dr ^r Samuel Garnier.	255 et 415
---	------------

IV. — Revue critique.

Quelques livres récents sur l'épilepsie; par le Dr ^r Ph. Chaslin. . . .	275
--	-----

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 24 avril 1902.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Ernest Dupré, Jean Philippe, Comar, Ed. Brush, Masoin, Buvat. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Semidalof ; élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Tambroni ; élection. — Le cas de Josepha Greno. Rapport sur un travail du professeur Miguel Bombarda : M. Dupain. — Analyse des éléments de nos images mentales, par M. Jean Philippe. Discussion : MM. Vallon, Philippe, Ballet, Bernard-Leroy, Sollier. — Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés, par MM. P. Sérieux et Regné Mignot. Discussion : M. Vallon	284
<i>Séance du 20 juin 1902.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Sollier, Bernard-Leroy, Castin, Marchand, Semidalof, Tambroni, Médéa, Cololian, del Greco, Blaise, Miguel Bombarda, Cardamatis. — Mort de M. J. Falret : M. Motet. — Prix Aubanel pour 1904. — Rapport de M. Legrain sur la candidature de M. Edwin Goodall : élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Edward Brush : élection. — De l'imbécillité physiologique de la femme. Rapport sur un travail de M. Möbius, par M. J. Christian. Discussion : M. Motet. — Insuffisance hépatique et délire, par M. Vigouroux. Discussion : M. Legrain. — Les troubles physiques chez les déments précoce, par MM. P. Sérieux et R. Masselon. Discussion : MM. J. Séglas, Deny, Trénel	433
<i>Séance du 28 juillet 1902.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Semelaigne, Dupain, Goodall, Clemens Neisser, Massalongo. — Rapport de M. Sollier sur la candidature de M. Comar ; élection. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Medea : élection. — Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, par MM. Guiard et Duflos. Discussion : MM. Joffroy, Legrain, Vigouroux, Toulouse, Nageotte.	463

II. — Revue des journaux de médecine.**JOURNAUX ITALIENS (1899).**

(Anal. par le Dr TH. TATY.)

Un cas de contraste émotionnel	133
Altérations du noyau bulbaire du facial dans un cas de paralysie périphérique ancienne de ce nerf.	133
Recherches expérimentales sur l'écriture des adultes.	134
Contribution clinique à l'étude des dystrophies musculaires progressives	134
Recherches anatomo-pathologiques sur les névrites chez les aliénés.	135

TABLE DES MATIÈRES

527

PAGES	
Contribution à l'étude de la terminaison des psychoses et de l'évolution des délires dans leurs rapports avec les affaiblissements psychiques secondaires	136
Effets différents de la section et de l'irritation du sympathique cervical sur les cellules du cortex	138
Contribution clinique à l'étude de la mimique émotive et le langage des gestes dans la folie.	138
Lésions cérébelleuses consécutives à la décerébration	139
Rapports de la folie morale avec l'épilepsie.	139
Recherches anatomo-histologiques sur le cerveau d'une aliénée suicidaire	140
 JOURNAUX ALLEMANDS (1899).	
(Anal. par le Dr Al. ADAM.)	
De l'automatisme ambulatoire.	479
Erythrophobie.	480
Analyse de la fonction des faisceaux postérieurs de la moelle.	481
Traitemen t de l'herpès zoster	482
Du réflexe antagoniste	482
Tonus musculaire et réflexes tendineux	483
 JOURNAUX ANGLAIS (1899).	
(Anal. par le Dr PONS.)	
Communication sur les aspects macroscopiques et microscopiques de l'utérus et de ses annexes chez les aliénées	308
Traitemen t de la folie par la thyroïde	309
Nouvelles recherches sur la formation des fibres axiles dans le cerveau	311
Un cas de paralysie générale juvénile.	314
Notes pathologiques sur des cas d'affection du cœur à l'asile de Comté de Durham	315
La nouvelle loi sur les buveurs.	316
Un cas de porencéphalie incomplète	321
Sur les bases et la possibilité d'une psychologie scientifique et d'une classification des maladies mentales.	485
Acromégalie avec folie	488
Une forme dégénérative de folie syphilitique, avec types cliniques.	490
 III. — Bibliographie.	
Prophylaxie de la folie; par le Dr J. Hualde (Anal. par le Dr E. Nicoulau).	142
Contribution à l'étude des scléroses cérébrales infantiles; par le Dr Sante de Sanctis (Anal. par le Dr Th. Taty)	145
La libération précoce des aliénés; par le Dr G. Tonoli (Anal. par le Dr E. Nicoulau).	148
Hygiène de la folie; par le Dr Antonini (Anal. par le Dr E. Nicoulau)	149
Second rapport annuel du directeur de <i>Manhattan State Hospital</i> , New-York (Anal. par le Dr A. Cullerre)	150
Troisième rapport annuel des administrateurs du second hôpital	

	PAGES
d'aliénés de l'État de Maryland à « Springfield », Sykesville, etc. (Anal. par le Dr A. Cullerre).	151
Le second hôpital d'aliénés de l'État de Maryland; par le Dr Georges-H. Rohé (Anal. par le Dr A. Cullerre).	151
Sur un cas d'acromégalie partielle; par les Drs Marzocchi et Antonini (Anal. par le Dr Th. Taty)	153
États épileptiques et folies épileptiques; par le professeur P. Fnnaioli (Anal. par le Dr Th. Taty)	154
Collectionnisme et impulsions collectionnistes; par le prof. Sante de Sanctis (Anal. par le Dr Th. Taty)	492
Les fous criminels au manicomie provincial de Vérone de 1890 à 1899; par les Drs G. Pelanda et A. Cainer (Anal. par le Dr R. Charon).	493
Psychoses fébriles; par le Dr J. Finzi (Anal. par le Dr Th. Taty).	494
Contribution à l'étude de la chorée progressive; par le Dr G. Villani (Anal. par le Dr Th. Taty).	495
Un cas de chorée de Huntington; par les Drs Tambroni et Finzi (Anal. par le Dr Th. Taty)	495
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	155 et 496
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE.	
Assemblée générale du 26 mai 1902	156

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Pichon, Baudard. — Nécrologie : Jules Falret. — Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. Arrêté ministériel. — Association américaine pour l'étude de l'épilepsie. — Programme du douzième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Grenoble	146
Nominations et promotions : MM. Rouby, Bonne, Houeix de la Brousse, Léo Meillet, Raviart, Rousset, Bellat, Mignot, Toy, Ameline, Jacquin. — Nécrologie : Dr Henri Dagonet. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1903 et 1904).	323
Nominations et promotions : MM. Dide, Papillon, Pichenot, Bécue. — Nécrologie : Dr Rousselin. — Le Réformatoire d'Emira. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Les suicides en France de 1881 à 1900. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1903 et 1904)	503
Table des matières du tome XVI de la 8 ^e série	525

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.