Bibliothèque numérique
medic@

# Annales médico-psychologiques

*n° 04. - Paris: Masson, 1906.*
*Cote : 90152, 1906, n° 04*

BIUM

**(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)**
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1906x04

©BIUM

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

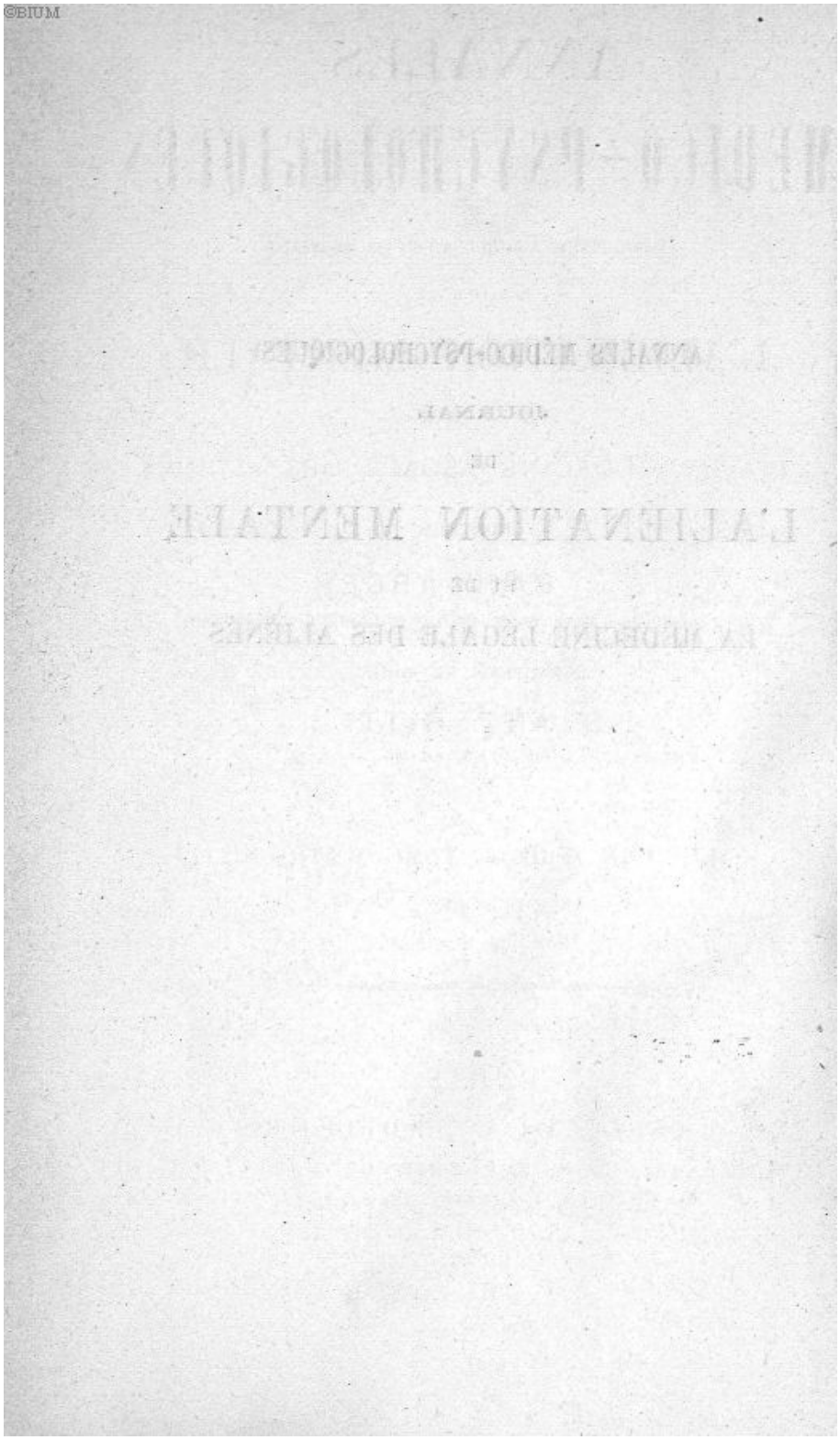
DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

## LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM



©BIUM

# ANNALES
# MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

—

NEUVIÈME SÉRIE — TOME QUATRIÈME

SOIXANTE-QUATRIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

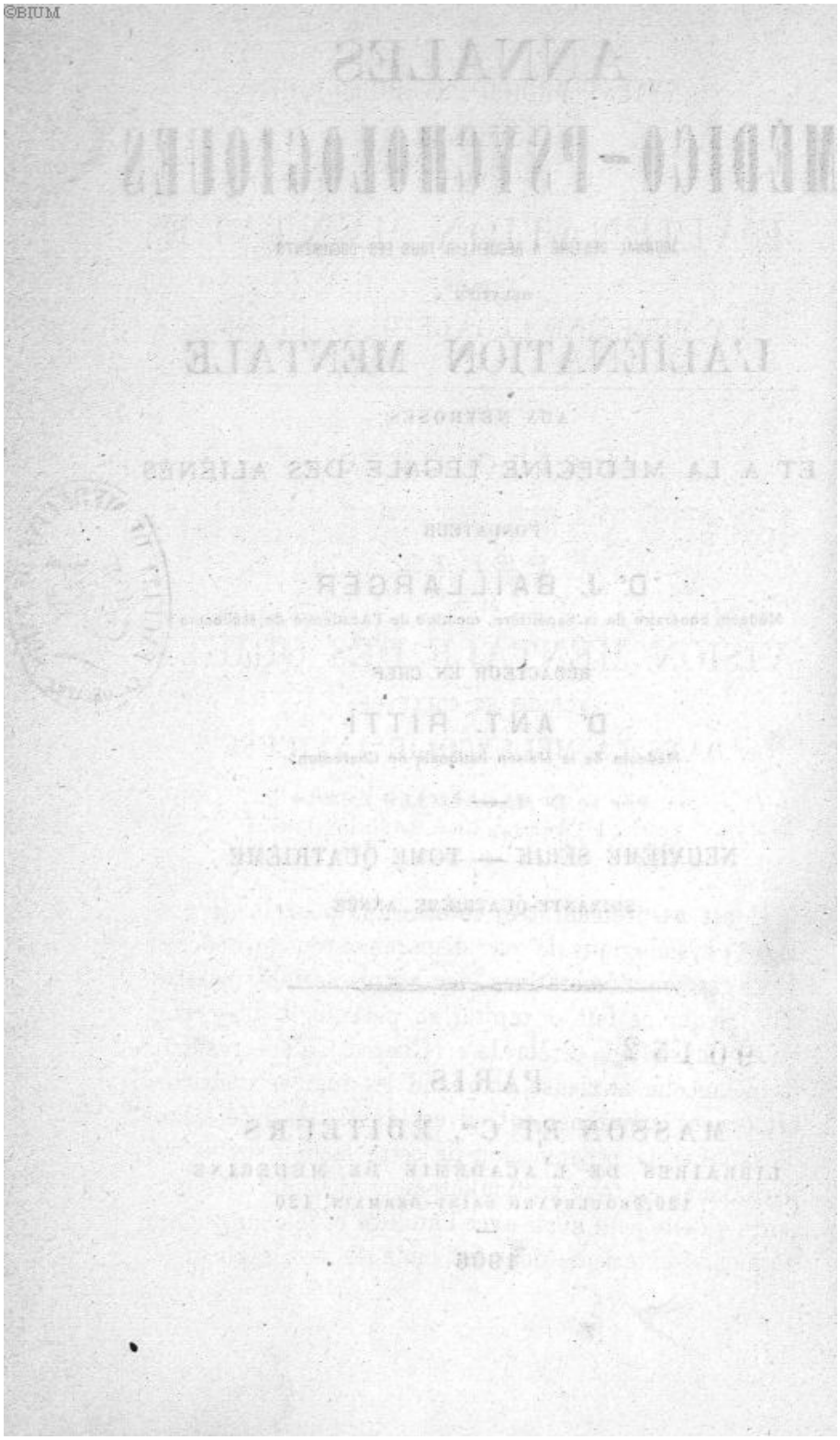
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1906

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

# Pathologie.

—

## PERTE

DE LA

## VISION MENTALE DES OBJETS

(FORMES ET COULEURS)

## DANS LA MÉLANCOLIE ANXIEUSE

**Par le Dr MAGALHAES LEMOS**

Médecin de l'Hôpital du Conde de Ferreira (Porto).

Il est assurément très intéressant pour la psychologie physiologique de voir disparaître tout un lot isolé d'images commémoratives, les autres restant intactes. Et, lorsque ce fait, « capital en pathologie aussi bien qu'en physiologie cérébrale » (Charcot), s'observe dans la mélancolie anxieuse, et quand les images disparues retournent spontanément, il est aussi très intéressant d'examiner la répercussion de cette lacune sur la vie psychique, et tout particulièrement d'étudier les rapports qu'elle peut avoir avec l'anxiété et le changement du monde extérieur, dont les malades se plaignent, et

©BIUM



de chercher en même temps la pathogénie du phénomène.

Les cas cliniques appropriés à cette étude ne sont pas fréquents. En dehors du cas du professeur Charcot (1), observation *princeps*, et des deux cas de Cotard (2), je ne connais pas d'observations détaillées sur ce sujet, si curieux pourtant à tous les points de vue. C'est pour cela que j'ai eu l'idée de mettre à profit l'observation suivante, qui n'est pas banale, comme on pourra en juger.

L..., âgée de trente-six ans, mariée, est entrée à l'hôpital du Conde de Ferreira le 14 mai 1903.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le père de la malade a souffert de rhumatisme et était alcoolique; il a été frappé de paraplégie vraisemblablement éthylique, et est mort en démence. La mère, qui était aussi rhumatisante, se plaignait beaucoup de névralgies faciales. En outre de notre malade, elle a eu six enfants et une fausse couche. Deux enfants sont morts dans le jeune âge de rougeole; les autres — trois garçons et une fille — sont tous vivants et assez bien portants, excepté celle-ci, qui est rhumatisante et hystérique, et qui a fait un accès mélancolique avec des idées hypocondriaques, qui a duré quatre ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Notre malade a six enfants : trois filles et trois garçons, qui n'offrent rien d'anormal, sauf une grande impressionnabilité, surtout les filles. Ayant toujours été très nerveuse, remuante, emportée et bavarde, elle a eu des attaques d'hystérie au cours de sa première grossesse, à l'âge de vingt-quatre ans, et qui se sont répétées après ; elle a eu aussi la variole (quatorze ans) et une gastro-entérite (vingt-deux ans).

Elle dit que les causes de sa maladie actuelle remontent au mois de septembre 1902. Après son mariage, et jusqu'à cette époque, elle s'est toujours occupée avec beaucoup de tact de l'administration de sa maison ; et, outre les attaques d'hystérie, elle n'a éprouvé aucune altération dans l'état habituel de sa

(1) J. M. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 178.
(2) Cotard. *Arch. de neurologie*, t. VII, p. 289.

©BIUM



santé. Elle accoucha le 24 septembre, et le lendemain s'est très chagrinée en apprenant que la blanchisseuse avait engagé beaucoup de linge du ménage, que, sous divers prétextes, elle ne rendait pas depuis quelque temps. Un mois et demi après elle s'est encore affligée parce que la bonne, dans un accès d'ivresse, brisa la vaisselle et renversa tout à la maison, au point qu'il fut nécessaire de la faire arrêter par la police.

A cette époque, elle avait déjà repris ses occupations : comme avant l'accouchement, elle aidait à faire la cuisine, raccommodait, tricotait, etc.; mais elle sentait des serrements de gorge et des étouffements, et avait des attaques assez fréquentes, survenant tantôt sans cause appréciable, tantôt à l'occasion d'une émotion quelconque. De plus, une tristesse maladive l'envahissait, et elle devenait plus impressionnable. « Sa tête était très faible », et elle ne pouvait prendre aucune décision.

Dans cet état de choses, elle eut une petite altercation avec la bonne à cause d'une lettre anonyme, ce qui lui provoqua une attaque d'hystérie; et, quelques jours après (23 mars), elle éprouva une très vive émotion, parce que les chevaux attelés à une voiture, qui attendait en face de la maison avec deux petites filles dedans, sont partis dans une course folle à travers la ville, sans guide, et au risque de tuer les enfants, qui, heureusement, n'ont rien souffert; mais la mère eut encore une très violente attaque. Je dois ajouter qu'après l'accouchement elle a été réglée deux fois successives, mais les règles ne sont pas venues depuis quatre mois.

La suppression de la menstruation, qui est un phénomène banal chez les mélancoliques, doit être envisagée comme un effet plutôt que comme une cause de la maladie mentale.

En janvier 1903, les attaques se succédèrent à différentes reprises, et presque sans interruption, pendant huit jours. Alors, se sentant très affaiblie et n'ayant pas assez de lait, elle résolut de prendre une nourrice; mais, le lendemain où celle-ci entrait à la maison, son mari s'alita avec un abcès au cou; et la malade, qui avait besoin de se reposer, passa huit jours et huit nuits à lui mettre des cataplasmes tous les quarts d'heure. Pendant cette semaine, elle n'a pas fermé l'œil, il lui est survenue une intense céphalalgie, qu'elle combattait avec des cachets d'antipyrine; prenait très peu de nourriture, pensait que son mari allait mourir, et qu'elle resterait avec les enfants sans avoir de quoi les nourrir. Ne pouvait rien faire, « pensait à son malheur, et pleurait. »

©BIUM



Au bout de quelques jours cet état s'améliora un peu, mais la tristesse persista; et elle s'est mise à penser que son mari était ruiné, qu'ils n'avaient plus de quoi vivre, etc.; elle balayait les chambres, nettoyait les meubles automatiquement, etc.; mais, étant absorbée par ses préoccupations, elle ne pouvait pas s'occuper du gouvernement de la maison; si la bonne lui demandait ce qu'elle devait faire, ou comme elle voulait qu'on fît telle ou telle chose, elle ne savait que répondre, regardait, et se taisait.

C'est dans cette situation que j'ai vu la malade pour la première fois, en ville (15 avril). Elle m'a fait l'impression d'une mélancolique vulgaire avec des idées de ruine. Tout à fait dominée par un sentiment d'insurmontable tristesse et d'impuissance, elle se plaignait de son incapacité à vouloir agir, et disait que son mari n'avait plus de ressources, qu'il n'avait pas les moyens de la faire soigner, que ses enfants allaient manquer de tout.

Voilà son état à cette époque; mais, ensuite, elle présenta un phénomène très important par les proportions qu'il prit dans un moment donné :

« Vers la mi-avril, dit-elle, après la visite que vous m'avez faite à la maison et avant l'internement (14 mai), *j'ai subi un changement profond. J'ai perdu la forme des choses et des personnes.* Je me souviens de tout comme auparavant, mais je ne puis plus représenter dans mon esprit ni le visage de mon mari et de mes enfants, ni l'aspect de ma maison, ni la disposition des rues, des places, des arbres,... ni une orange, ni une poire!»

C'est ainsi qu'elle exprime la perte de la vision mentale.

« Lorsqu'un objet, comme dit M. Ballet, une forme, c'est-à-dire un contour, une ombre ou une couleur ont frappé notre rétine, l'impression produite sur la couche corticale du cerveau par la forme, l'ombre ou la couleur de l'objet ne disparaît pas en même temps que la cause productrice de la sensation. Elle se fixe au contraire dans la mémoire, où elle persistera plus ou moins longtemps. Elle sera dès lors susceptible d'être reproduite, ravivée, en dehors de toute intervention de l'objet qui l'a une première fois déterminée et sous l'influence de diverses associations de sensations et d'idées (1). »

---

(1) Gilbert Ballet. *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, p. 33.

©BIUM



Eh bien, notre malade ne peut plus reproduire et raviver les images correspondantes aux sensations visuelles antérieurement perçues, mais, assure-t-elle, peut se rappeler de tout, comme auparavant; et pour mieux faire comprendre ce qui se passe dans son esprit, elle donne les exemples suivants :

« Je vous reconnais, me dit-elle, je me souviens de la visite que vous m'avez faite à la maison, dans la salle à manger. Je sais que ma salle à manger est au premier étage, qu'il y a une grande table au centre, deux fenêtres qui donnent sur la rue, une armoire avec la vaisselle, qui est adossée au mur d'en face, des chaises autour, etc.; mais je ne puis pas me représenter ni la salle dans son ensemble, ni l'armoire avec la vaisselle dedans, ni les chaises. Je ne puis pas voir cela par la pensée comme auparavant !

« C'est la même chose avec mon mari et mes enfants. Je me rappelle très bien mon mari, je sais comment il s'habille, comment il porte la barbe et les cheveux, mais je ne puis pas me le représenter!

« J'ai six enfants, trois filles et trois garçons : Sophie âgée de dix ans, Australine de neuf ans, Aide de sept ans, Jean de six ans, Antoine de quatre ans et Joseph de neuf mois. Je me souviens très bien de tous ; je sais, par exemple, que mon Antoine a son petit visage encadré de boucles de cheveux blonds, qui lui tombent sur les épaules; mais, quoi que je fasse, je ne peux pas représenter dans mon esprit ni le visage de mon fils, ni ses cheveux bouclés, ni la couleur blonde!

« C'est la même chose pour les rues. Je me souviens que la rue de Santo Antonio, vue d'en haut, descend par un déclive assez rapide jusqu'à la Praça Nova. Je me souviens encore qu'en face et presque en ligne droite, monte la rue des Clerigos, et qu'à l'extrémité supérieure de cette rue s'élève l'église surmontée de sa haute tour. Je me rappelle très bien tout cela, mais je ne puis pas me figurer ni les rues avec leurs maisons, ni l'église, ni la tour, ni rien du tout!

« Tiens, et pour en finir, je vous connais très bien, j'ai beau vous regarder attentivement pendant que vous êtes ici, aussitôt que vous sortez je ne peux pas vous représenter; et cependant je me rappelle que vous êtes maigre, de petite taille, etc.

« Eh bien, ça ne m'arrivait pas autrefois, et *ce changement, qui me transforme le monde est affreux.* »

On voit donc que malgré l'impossibilité absolue d'évoquer les images visuelles, la malade conserve une foule d'idées qui se

©BIUM



rapportent aux sensations visuelles antérieurement perçues; mais ce sont des idées *abstraites* (*sèches*, *stériles*, comme la malade les appelle dans son langage inculte), qui ne peuvent pas éveiller les images commémoratives correspondantes. L'idée du visage de son fils entouré de boucles de cheveux blonds est bien présente à son esprit; mais, malgré cela, elle ne peut pas évoquer l'image visuelle correspondante.

Je remarquerai, d'ores et déjà, que les images visuelles elles-mêmes existaient intactes, en état latent, dans son cerveau, puisque la malade, et à son grand soulagement, a pu reproduire ces images et les faire raviver avant sa sortie de l'hôpital, sans revoir les lieux ni les personnes; c'est-à-dire par le fait d'associations d'idées et de souvenirs, mais sans pouvoir les rafraîchir ou renforcer par le renouvellement des sensations qui les avaient produites. Et encore parce que, contrairement au malade de Charcot, qui « rêvait seulement *des paroles* », et dont la reconnaissance était très difficile, très lente et imparfaite, notre malade avait dans ses rêves toutes les représentations visuelles qui lui manquaient à l'état de veille; et la reconnaissance était chez elle rapide, complète et précise. A peine elle voyait une personne de sa connaissance, qu'elle la reconnaissait immédiatement; sauf peut-être une seule fois, comme on le verra plus loin.

Le 1$^{er}$ *juin*, je la trouve dans un état de grande anxiété. « Cette situation est horrible, s'écrie-t-elle! Je souffre trop! Ma vie est un martyre! Je préférerais avoir une fièvre typhoïde, une pneumonie, et endurer les douleurs les plus atroces, à sentir ce changement du monde. On ne se fait pas une idée comme ça me tourmente! J'aimerais plutôt mourir! Pourquoi ne suis-je pas, mon Dieu, comme les autres folles qui peuvent voir par la pensée leurs enfants! Cette maladie est vraiment affreuse.

« Comme je ne puis pas me représenter ni les rues, ni les maisons, ni les personnes, il me semble que je ne suis plus de ce monde, ou alors qu'il existe seulement ce que j'ai sous les yeux. Vous me parlez, et moi je vous entends, je comprends tout ce que vous dites, et je vous réponds avec les mots, dont j'ai la tête pleine; mais pour moi il n'y a que des mots *secs*. Il me semble que je vis au milieu de mots.

« Quand on m'a interné à l'hôpital je pouvais encore me représenter quelques-unes des choses que j'avais vues, mais après, et petit à petit, tout fut balayé de ma pauvre tête —

©BIUM



plus de formes, plus de couleurs. Ce fut comme une lumière qui s'affaiblit progressivement jusqu'à s'éteindre. On peut bien dire que mon esprit est aveugle, ou qu'il est dans les ténèbres, puisqu'il est seulement éclairé par la lumière du jour et par les objets présents. La clarté des choses vue n'existe plus pour moi. Je n'ai dans ma cervelle que des mots, tout le reste a été balayé par la maladie. Et, pourtant, je me souviens de tout. Si on me demande, par exemple, comment est ma maison, ma salle à manger, mon mari, mes enfants, etc., je suis à même de tout expliquer, de tout dire, de façon que la personne qui m'écouterait pourrait se représenter tout cela dans son esprit; et moi, qui donne tous ces renseignements, je ne m'en puis rien figurer! Plus que cela : Voici le portrait de mon fils Antoine, j'ai beau le regarder bien attentivement pour tâcher de le représenter dans mon esprit, peine perdue! Je ne peux plus! Pas même ainsi!...

« Encore une chose qui m'étonne. Je sais très bien comme mon corps est fait; mais, si je ferme les yeux, je ne peux plus me le représenter par la pensée. Je m'habille tous les matins, et je porte mon corps toujours couvert; mais je ne sais pas pourquoi j'agis de la sorte. C'est peut-être à cause de l'habitude. »

Elle a donc oublié sa propre figure, comme le malade de Charcot.

Le 2 *juin*, je la trouve très anxieuse et en larmes. « Ceci, gémit-elle, est un grand malheur! Toutes les personnes, excepté moi, peuvent se représenter ce qu'elles ont vu. Moi, je suis dans les ténèbres, dans l'obscurité profonde. Dans ma cervelle, il n'y a plus la forme de quoi que ce soit, ni même d'une simple feuille — *ni forme ni couleur!*

« Je n'ai que des mots dans ma bouche pour dire mon malheur. Ceci est bien pire que la cécité, parce que l'aveugle peut se représenter tout; il peut voir avec les *yeux de l'esprit* tout ce qu'il a vu avec les *yeux du corps*. »

Le 3 *juin*, l'anxiété s'est aggravée depuis hier; aujourd'hui elle n'a pas eu un moment de repos. Prise d'une grande agitation, qui rappelle la manie aiguë, elle est toujours en mouvement, gémit, pleure, gesticule, se tord les mains avec désespoir, répète sans cesse les mêmes plaintes et les mêmes regrets de la perte des images visuelles et de la transformation qui s'est faite autour d'elle, et ajoute :

« Il me semble que je suis hors du monde! J'ai beaucoup

©BIUM



de sang dans ma tête ! Mon sang s'est troublé et obscurcit tout ! »

Le 12 *juin*, l'inquiétude physique et l'anxiété ont pris, par une aggravation progressive, une intensité tout à fait exceptionnelle. Il est presque impossible de fixer son attention, même momentanément. Toute à sa douleur, le facies animé et mobile, les yeux égarés, et n'écoutant rien, elle déambule de long en large, pousse des plaintes et des gémissements sans fin. Elle voit tout changé.

Le 14 *juin*, elle cherche à se déshabiller et à se faire du mal. L'inquiétude et l'anxiété, bien que très grandes, ne sont pas si intenses que dans les derniers jours ; elle va et vient désordonnément ; à peine assise, elle se relève.

De plus, la perception personnelle et la reconnaissance paraissent momentanément troublées. Autour d'elle tout est changé — personnes et choses. Rien ne lui apparaît comme auparavant. Elle regarde étonnée autour d'elle, et fait les exclamations et les interrogations que voici :

« Qu'est-il arrivé en Portugal ?

« Je vois tout changé !... Moi-même je suis bien changée !... (*Elle regarde sa poitrine*). »

En quoi êtes-vous changée ? lui demandé-je

« On m'a coupé les seins !... »

Ne dites pas de bêtises, vous voyez que les seins sont à leur place.

« C'est qu'on les y a collés, dit-elle.

« Mais, monsieur le directeur (*elle me prend pour mon collègue Mattos*), qu'est-il arrivé en Portugal ? Qu'est-ce qui est arrivé, mon Dieu ?... »

Rien d'anormal, que je lui réponds.

« Non. Il est arrivé une grande chose... une chose extraordinaire !... quoi qu'il en soit !.., Je vois tout changé. »

(*Regarde le parc qui est couvert de verdure et s'écrie*) : « En quel état ça se trouve !... Tout est sec !... »

Je lui objecte que le parc est tout vert, mais elle ne m'écoute pas et continue dans ses idées. « Tout est sec. (*Indique d'un mouvement de tête les tiges des paratonnerres qui sont fixés sur l'hôpital et exclame*) : C'est la foudre qui est tombée là ! Ce que la foudre a fait !... Ah, ce qu'il y a de femmes mortes !... (*Elle regarde avec un air d'étonnement les malades qui sont couchées à l'ombre, sur le gazon du parc*). Sont-ce des femmes ou des marionnettes ?... (*Regarde attentivement les murs de sa chambre*). Qu'est-ce que c'est que ça ? On a enlevé les ta-

©BIUM



bleaux!... Pourquoi a-t-on enlevé les tableaux?... (*On avait ôté quelques tableaux pour badigeonner*). Pourquoi cette fenêtre est-elle fermée? On change tout ici. On m'a enlevé la cervelle et les seins. On m'a coupée en morceaux?... Et mon mari!... qu'est-il devenu? Qu'est-ce qu'on lui a fait? Je ne sais pas où je suis!... Suis-je en France ou en Angleterre? J'ai fait des bêtises! On m'a arraché les yeux, les dents, et on m'a coupée en morceaux? Ce qu'on m'a fait, mon Dieu!... Les arbres sont secs. »

Je tâche de la convaincre du contraire, mais sans me prêter aucune attention et toute à ses idées, elle continue avec une exaltation croissante : « On m'a fait venir ici,... on m'a mis la sonde, et on m'a coupée en morceaux! Je vais être brûlée vivante avec mon mari et mes enfants! Une horreur!...

« Monsieur *Chose* (*s'adressant à moi*), êtes-vous allé en ville? Que s'est-il passé à Porto? Est-ce que les tramways électriques y circulent toujours? Qu'est-ce qu'il y a eu au monde? Le monde n'était pas ainsi... il a subi une grande transformation!... Pourquoi est-ce que je ne sais rien de mon mari? Cette demoiselle (employée du service) est la Sainte Vierge; tiens, elle porte les clefs du ciel (ce sont les clefs de l'infirmerie). »

C'est à dessein que je cite, autant que possible, dans mon récit, les expressions de la malade, puisqu'elles reflètent avec une grande fidélité tout ce qui se passe dans son esprit.

L'exploration de la sensibilité objective était extrêmement difficile, presque illusoire. Cependant l'examen que j'en ai fait à différentes reprises a été négatif; et, tout particulièrement, je n'ai pu vérifier la présence de stigmates hystériques.

La reconnaissance est devenue accidentellement imparfaite; et les objets extérieurs ne sont pas bien perçus dans tous leurs caractères. L'assimilation psychologique des sensations est défectueuse; il paraît que la conscience, en vertu de son état de douleur morale, trouble et déforme les sensations, de sorte que la malade sent et interprète le monde extérieur (et même les sensations internes) d'une manière erronée et en rapport avec son état d'esprit. Il faut aussi accuser de ce qui se passe un défaut d'attention, qui est troublée; et encore la perte de la vision mentale qui, à mon avis, joue un rôle très important dans la genèse de cet état mental; et tout particulièrement le sentiment de transformation du monde extérieur, dont la malade se plaint.

©BIUM



Le 17 *juin*, plus d'un changement s'est produit dans la maladie dans ces derniers jours. La malade, qui est devenue tranquille, présente un aspect triste et morne, elle a perdu sa loquacité intarissable, et son regard n'est plus égaré ni si brillant; elle parle peu et répond difficilement aux questions que je lui adresse.

Elle a été empoisonnée par la France. Comme on voit, il existe quelquefois des idées de persécution, mais le délire mélancolique tient toujours le dessus.

« J'ignore, dit-elle, les châtiments qui, par ordre de Dieu, m'attendent dans ce monde, mais je dois souffrir beaucoup parce que j'ai causé énormément de malheurs. Je suis une ignorante, une stupide. J'ai fait le malheur de mon mari, je n'ai fait que des bêtises, je n'ai pas voulu manger. Je ne sais pas même ce que j'ai fait... mais j'ai sur la conscience beaucoup de crimes. On a dit que j'avais démoli le monde. »

Elle reconnaît qu'on ne lui a arraché les yeux, ni les dents, ni coupé les seins, ni mutilé le corps.

Pas d'idées d'immortalité.

Le 22 *juin*, « il me semble que le monde n'existe plus !... Et qu'est-ce que je vais manger?...

« Notre Seigneur est descendu sur la terre, a fait tout éternel, excepté moi, et emporta tout le monde avec lui dans le ciel. Les pauvres sont dans le ciel avec les riches; les folles même, qui étaient ici, sont parties. Je reste toute seule dans ce monde; et la terre ne produit plus rien! Ce que l'on voit à présent, ce ne sont plus des personnes, mais des fantômes ou des marionnettes très bien faites, qui se promènent, parlent, pleurent ou crient comme les gens. Vous êtes le dernier à vous en aller au ciel. »

Dans une grande anxiété et fondant en larmes, elle s'écrie :

« Priez donc le Seigneur de veiller sur moi! Qu'il me protège contre les bêtes, pour qu'elles ne me dévorent pas! Qu'il m'accorde un morceau de pain pour moi et pour mes enfants! Ah! c'est vrai, mes enfants ne sont plus! mais j'ai besoin tout de même d'un morceau de pain pour moi! Qu'il me concède aussi un peu de lumière, car je ne voudrais pas rester dans les ténèbres, sans *pouvoir me représenter ni les miens ni le monde que j'ai connu*!

« Priez encore Notre Seigneur de me pardonner mes péchés.

©BIUM



« Dieu m'a dit : Ma fille, je ne peux rien faire pour toi ! (1) Je suis donc perdue à tout jamais ! C'est inouï comme une femme, une mère, a été condamnée à rester ici-bas, abandonnée, avec les bêtes et dans les ténèbres ! Qu'est-ce que j'ai donc fait mon Dieu ?... »

Le 23 *juin*, l'anxiété est très grande ainsi que la loquacité, et elle revient sur les mêmes idées délirantes avec une foule de détails. Le monde est bien fini. Le Seigneur a emporté tout avec lui dans le ciel — les personnes et les maisons. « J'ai été trahie et empoisonnée. »

« Où sont mes enfants ! On est allé chez moi, et on a enlevé les petits et tout ce que j'y avais. Toutes les maisons de Porto ont été dévalisées.

« Qu'est devenue la richesse du monde ? »

Le 30 *juin*, l'anxiété se maintient dans le même état aigu, ainsi que l'agitation et la loquacité. Le vrai délire mélancolique, si pénible et très intense — représenté par des idées de ruine, de culpabilité et hypocondriaques — est toujours prédominant. Mais on constate que les idées de persécution, surajoutées à ce délire, ont fait des progrès ; et nous allons voir comme la malade, oubliant de s'accuser elle-même, arrive à accuser ouvertement les autres ; au lieu de se tenir exclusivement pour coupable, elle commence à se poser en victime.

« Le monde n'est plus le même, gémit-elle ; il a été renversé sens dessus dessous. Tout fut changé ici-bas. A la place des gens qui habitaient la terre, et qui sont au ciel, il n'y a que des marionnettes, excepté vous, monsieur le docteur, qui êtes la seule personne en chair et os qui reste encore au monde. »

Elle se lamente sans cesse de ne pas pouvoir représenter quoi que ce soit. « Je crève de faim, continue-t-elle, prise d'une grande agitation. Il y a eu une trahison ! On m'a empoisonnée ! Mon mari et mes enfants ont été empoisonnés ! J'ai le corps saturé de venin ! On m'a coupé le nez peu à peu, par petits morceaux ! La nourrice de mon fils a pris mon argent pour se payer des robes en velours. »

Le 19 *juillet*, la malade devient soupçonneuse : son attitude change avec le langage.

« Il me semble, dit-elle, qu'on est allé prendre ce que j'avais chez moi. Ces dames (les employées du service) sont toujours

(1) Cette voix lui est venue du cœur.

©BIUM



en mouvement, et je ne sais pas ce que tout cela veut dire. Est-ce pour me faire du mal ? Mais, qu'est-ce que j'ai donc fait ? Je n'ai jamais fait de mal à personne !...

« Je me méfie fort de ce qui se passe autour de moi ; je suis très inquiète de tous ces agissements. Qu'est-ce qu'on va me faire? Il me semble que les médecins se sont combinés pour me faire du mal, et pourtant on ne peut pas m'accuser de nuire à personne. J'avais de quoi vivre. J'avais une maison au Brésil, et je possédais de l'argent ; mais il paraît qu'on m'a tout pris. »

Dominée par ces idées, c'est à peine si elle se plaint de la perte de la vision mentale, qui paraît ne pas être complète. A présent il faut la questionner là-dessus pour qu'elle en parle ; et autrefois, au contraire, c'était elle qui, spontanément, et dans une anxiété très grande, criait à tout venant qu'elle ne pouvait se représenter ni son mari, ni ses enfants, ni sa maison, etc., et que le monde n'était plus le même. Elle ne parlait que de cela.

Le 18 *septembre*, l'état de la malade se conserva pour ainsi dire le même jusqu'à la fin du mois dernier ; mais alors, par un beau jour, elle a eu une très violente excitation, et le lendemain on l'a surprise tranquillement assise dans le jardin, à coudre. C'est la première fois qu'elle s'occupait depuis qu'elle était à l'hôpital ; et ce changement a été tellement brusque qu'il a appelé l'attention du personnel.

Elle affirme, avec une satisfaction évidente, qu'elle peut se représenter, presque comme autrefois, son mari, ses enfants, sa maison, sa salle à manger, l'armoire avec la vaisselle, son jardin, les arbres, les fruits, etc ; et en outre qu'elle voit le monde extérieur comme avant sa maladie. Elle s'étonne de ce qu'elle éprouvait et pensait, et demande sa sortie pour pouvoir s'occuper des siens et pour éviter la dépense de la pension, désormais inutile, dit-elle, puisque sa santé ne laisse rien à désirer. Ce qui n'est pas vrai puisque, malgré la grande amélioration, elle est quelquefois envahie par une certaine tristesse et pleure, surtout lorsqu'elle pense à ses enfants.

La malade rêvait beaucoup, même pendant la phase aiguë de la maladie, et dans ses rêves *elle se voyait à la maison, à côté de son mari, et entourée de ses enfants*, qu'elle entendait crier et parler, *et qu'elle voyait jouer entre eux*. Donc, et contrairement à ce que Charcot a observé chez son malade, chez elle la vision mentale existait dans les rêves.

©BIUM



Etant sortie le 25 *septembre* septembre 1903, un nouvel accès mélancolique l'a ramenée à l'hôpital un mois après, pour retourner chez elle le 31 janvier 1904. Pendant ce deuxième accès la vision mentale n'a presque rien souffert.

A présent, *février* 1906, elle peut se représenter la maison qu'elle possède au Brésil, et qu'elle n'a pas vue depuis vingt-huit ans, son grand-père mort il y a quatorze ans, les objets et les personnes ; mais la vivacité des images visuelles, qui autrefois était très grande, supérieure à la moyenne, paraît ne pas être si nette qu'avant la maladie.

Reprenant l'examen de la sensibilité j'ai constaté, comme stigmate hystérique, l'existence d'une hémianesthésie sensitive et sensorielle gauche, avec le rétrécissement classique du champ visuel et ovarie du même côté.

Maintenant, et avant d'aborder le sujet que nous avons en vue, jetons un coup d'œil rétrospectif sur l'ensemble de cette observation que nous venons de relater en détail.

On constate tout d'abord que l'impossibilité d'évocation des images visuelles n'a pas été un phénomène d'emblée ; elle s'est faite chez une hystérique et sur un terrain de mélancolie nettement constituée. Après, on voit qu'elle n'est pas venue brusquement, comme chez le malade de Charcot. Au contraire, les images disparurent peu à peu, par une difficulté progressive de leur rappel et par l'effacement croissant de leur vivacité et détail. Cette difficulté d'évocation volontaire débuta après le 15 avril, et devint absolument stérile, en dépit des plus grands efforts, vers la fin de mai. Il a donc fallu au processus morbide presque un mois et demi pour arriver à la suppression complète des images visuelles ; et cet état resta sensiblement stationnaire, jusqu'au milieu de juillet (1903). Alors il y a eu un grand changement : le retour de la vision mentale des objets commença à se faire tout doucement, à ce qu'il paraît, pendant une quinzaine de jours ; mais après, et à

©BIUM



la suite d'une très vive excitation, les images rejaillirent tout d'un coup, avec la vivacité et la netteté qu'elles ont aujourd'hui (février 1906), et qui n'est pas si grande qu'autrefois.

On constate encore que la perte de la vision mentale fut transitoire, et qu'elle n'a jamais existé pendant les rêves, qui ne se sont pas modifiés.

Ce n'est pas tout : la perte de la vision mentale était limitée aux objets (formes et couleurs). Les images du langage étaient intactes, même les visuelles, puisque la malade, non seulement comprenait ce qu'on lui disait, mais elle lisait et écrivait comme avant la maladie. Toutes les images auditives étaient conservées ; ainsi que, à ce qu'il paraît, les olfactives, gustatives et tactiles. Elle pouvait, dit-elle, se représenter mentalement l'odeur de l'eau de Cologne, du vinaigre, etc., et les saveurs salées, sucrées, acides et amères. « Quand je pensais, par exemple, à une orange, dit-elle, je ne pouvais pas la voir mentalement, *mais je la palpais, j'en humais le parfum et j'en goûtais la saveur.* »

Enfin, la malade reconnaissait les gens, les choses et les lieux ; et, de plus, la reconnaissance, excepté un seul jour, était rapide, complète et précise.

On voit, donc, que sur beaucoup de points de vue il y a une différence remarquable, dont il faut tenir grand compte dans la pathogénie, entre notre mélancolique et le malade examiné par Charcot.

*
* *

Notre malade est une mélancolique anxieuse dans toute l'acception du mot, sans cesse gémissante et désespérée, et qui paraissait évoluer vers le syndrome de Cotard. Pas de doute possible à ce sujet. Lorsque, par exemple, en regardant le parc couvert de verdure, la malade insistait que tout était sec, elle niait un des

©BIUM



caractères des objets extérieurs qui la frappaient ; il en était de même quand elle affirmait qu'il n'y avait plus de gens au monde, et qu'à sa place elle ne voyait que des fantômes ou des marionnettes. Dans le changement du monde extérieur il y a au fond des idées de négation. Mais nous ne nous occuperons pas de cela ; ce que nous voulons examiner à présent, ce sont les rapports que peuvent exister, entre la perte de la vision mentale d'un côté, l'anxiété et la transformation du monde extérieur, de l'autre.

Quels sont ces rapports, s'ils existent ?

Il n'est pas douteux que l'anxiété peut être très intense dans la mélancolie sans que la vision mentale soit nullement troublée ; et nous-même, nous avons présenté un cas de ce genre au Congrès international de Madrid (1903) ; mais nous nous demandons quel peut être le rôle joué par ce trouble lorsqu'il existe, et particulièrement dans le cas présent.

L'observation clinique que nous venons d'exposer tout au long montre que la suppression de la vision mentale a été accompagnée dans son évolution par l'anxiété, comme son ombre. L'anxiété, après avoir fait son apparition en même temps que l'affaiblissement de la vision mentale, marcha du même pas, présenta le maximum d'intensité lorsque la suppression des images visuelles fut complète, puis, les deux troubles déclinèrent parallèlement et disparurent ensemble.

Est-ce une coïncidence fortuite ? Non, assurément. Et pour s'en convaincre il suffit d'écouter ce que la malade me disait le 1er et le 2 juin, par exemple, lorsque, prise d'une grande anxiété et fondant en larmes, elle s'écriait :

Ceci est un grand malheur ! Toutes les personnes, excepté

©BIUM



moi, peuvent se représenter ce qu'elles ont vu ! Moi, je suis dans les ténèbres, dans l'obscurité profonde ! Dans ma cervelle il n'y a plus de forme de quoi que ce soit, ni même d'une feuille — ni forme, ni couleur. Cette situation est horrible ! Je souffre trop ! Ma vie est un martyre ! Je préférerais avoir une fièvre typhoïde, une pneumonie, et endurer les douleurs les plus atroces, à sentir ce changement du monde. On ne se fait pas une idée comme ça me tourmente ! J'aimerais plutôt mourir ! *Pourquoi ne suis-je pas, mon Dieu, comme les autres folles qui peuvent voir par la pensée leurs enfants ! Cette maladie est vraiment affreuse !*

Voilà ce qu'elle criait sans cesse aux médecins, aussitôt qu'elle les voyait, aux employées du service et aux autres malades, en même temps qu'elle leur demandait si elles éprouvaient la même chose.

On voit donc que c'était l'atteinte portée à la vision mentale qui l'affligeait davantage. Et cela se comprend d'ailleurs, car si la mémoire nous fait revivre dans le passé, « non pas seulement par le souvenir des événements, mais par la production des états émotifs qu'ils nous ont causés », il est évident que la reviviscence émotive sera d'autant plus intense que la reproduction des images mentales correspondantes aura été plus vive. Chez la malade, par le fait de la suppression des images visuelles, les souvenirs d'enfance, du ménage, etc., ne pouvaient donc pas se faire accompagner des émotions heureuses qu'elle avait éprouvées autrefois, et ce vide et ce changement psychiques l'affectaient d'une façon très douloureuse. Mais continuons cet examen sans perdre contact avec l'observation.

L'anxiété, phénomène cortical, est une modalité de la douleur morale, élément essentiel de la mélancolie. Elle peut s'accompagner d'angoisse, qui est un phénomène bulbaire (Brissaud), et pour que cela arrive, il faut qu'un réflexe partant du cortex descende jusqu'à la région du nœud vital. Mais, en dehors de l'angoisse

©BIUM



qui peut la compliquer, sous cette dénomination générale d'anxiété, comme dit M. Séglas, se cachent diverses manifestations émotionnelles intimement reliées entre elles ; le regret du passé, la constatation désespérante du présent et la crainte de l'avenir.

Notre malade regrettait son passé parce qu'elle s'imaginait qu'elle était ruinée, mais, et surtout, parce qu'elle ne pouvait plus se représenter mentalement ni son mari, ni ses enfants, etc.

L'intervention de la perte de la vision mentale dans la genèse de ce sentiment me semble assez claire.

La constatation désespérante du présent, qui était très nette chez la malade, se rattache de la façon la plus intime au souvenir du passé comme un point de repère. Elle vient, tout naturellement, du contraste qui ressort de la confrontation de ce que la malade était autrefois avec sa situation actuelle ; en conséquence de quoi, la suppression de la vision mentale continue à jouer ici son rôle de cause prédominante.

Pour ce qui est de la crainte de l'avenir, qui n'était pas aussi pénible que chez certains mélancoliques, elle venait tout d'abord de la transformation du monde extérieur et des idées délirantes que ce sentiment, intimement mêlé à la perte de la vision mentale, éveillait dans la conscience.

C'est, il me semble, ce qui découle directement et immédiatement de l'observation. Les lamentations de la malade, recueillies au jour le jour, nous en disent plus à cet égard que tous les raisonnements plus ou moins abstraits.

* * *

Voyons maintenant la pathogénie de la perte de la vision mentale.

« Comme toute maladie, dit Krafft-Ebing, n'est au

©BIUM



fond autre chose qu'une fonction qui s'accomplit dans des conditions anormales, l'examen scientifique du phénomène doit étudier la fonction dans ses conditions normales et établir l'anomalie de ces conditions (1). » Eh bien, obéissons à ce précepte. L'analyse psychologique de la mémoire des objets, comme dans tout phénomène mnésique, dénonce l'existence de deux séries d'opérations successives et distinctes : Par la première, les images visuelles se gravent dans le cerveau et s'y conservent à l'état latent — c'est la mémoire statique, d'acquisition ou de fixation ; par la seconde, elles sont évoquées et apparaissent devant la conscience — c'est la mémoire dynamique, de répétition ou de recollection (2). Laissons de côté la mémoire statique ou de fixation, qui n'intéresse pas directement notre sujet, pour nous occuper de l'autre.

Dans la mémoire dynamique ou de recollection, qui se rattache très étroitement à notre cas, il y a un phénomène dominant — c'est la *reviviscence* des images perçues, qui habituellement est précédée par le phénomène de l'*évocation* et suivie par le phénomène de la *reconnaissance*. Ce sont les trois actes que comprend la mémoire de recollection.

L'*évocation*, phénomène initial, est l'excitant physiologique de la reviviscence. « Elle est représentée, dit M. Pitres : ou bien par des associations d'idées qui éveillent successivement des groupes de souvenirs ; ou bien par un effort d'attention, une application volontaire de l'esprit à la recherche d'un souvenir spécial. »

La *reviviscence* consiste en ce que les images — souvenirs de nos sensations, visuelles ou autres, qui se trouvent emmagasinées et endormies dans la couche

(1) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, p. 126.
(2) Pitres. *L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques*, p. 29.

©BIUM



corticale du cerveau, s'éveillent sous l'influence de diverses sollicitations, et se présentent au moi avec une vivacité variable d'après les individus, et qui, exceptionnellement, peut revêtir le caractère hallucinatoire.

Enfin, par la *reconnaissance*, dernier anneau de cet enchaînement physiologique qui est la mémoire de recollection, l'image-souvenir ne paraît pas nouvelle. « Elle est reconnue par la conscience comme l'équivalent de l'image-sensation dont elle n'est que la reproduction. Lorsqu'elle est complète et précise, elle localise le souvenir dans le passé et l'entoure de circonstances accessoires qui ont accompagné sa fixation. »

Donc, en appropriant au cas spécial qui nous occupe ce que le savant professeur de Bordeaux écrit au sujet de la mémoire dynamique envisagée d'une façon générale, nous pouvons dire que la vision mentale des objets est un complexus, une *fonction* composée de trois phénomènes élémentaires dont un seul a une localisation précise : L'évocation qui part des neurones de la psychicité ; la reviviscence qui se fait dans les neurones sensoriels qui emmagasinent les images visuelles ; et la reconnaissance qui s'opère dans les éléments anatomiques autres que ceux qui servent aux perceptions simples ou à l'élaboration des idées (1).

Comme toute fonction, la vision mentale peut être troublée de deux façons différentes : par exaltation et par affaiblissement.

Dans les exaltations pathologiques de la vision mentale, connues sous la dénomination générique de hypermnésies, et étudiées dans les rêves, chez les mourants et dans les intoxications, etc., on observe un défilé très rapide, « en quelque sorte cinématographique »,

(1) Pitres. *Loc. cit.*, p. 38.

©BIUM



d'images. Dans ces cas le processus d'évocation des images se fait avec une accélération telle que l'individu peut « revoir en un instant sa vie entière, rangée simultanément devant lui comme dans un miroir ».

On sait encore que la vivacité des images visuelles varie énormément dans l'état physiologique, d'un individu à un autre ; il est absolument certain qu'elle peut prendre une netteté plastique qui frise l'hallucination, et on pense qu'elle peut se transformer pathologiquement de façon à créer de toutes pièces, et par le fait de son intensité, l'hallucination vraie, ce qui cependant ne semble pas prouvé (Krafft-Ebing).

Les cas opposés sont caractérisés par la perturbation en moins de la vision mentale. Pour les interpréter et chercher leur mécanisme, il faut tout d'abord tenir compte du processus physiologique, que nous venons d'indiquer, et voir après comme il peut être troublé. Agir autrement serait illogique ; c'est comme si quelqu'un voulait, par exemple, comprendre les dyspepsies tout en négligeant l'examen de chacun des phénomènes qui interviennent dans la fonction de la digestion. Or, la difficulté ou l'impossibilité d'éveiller l'image est un résultat final, brut, qui peut être produit par le trouble primitif et isolé de chacun des phénomènes élémentaires nécessaires à son réveil, et dont l'ensemble constitue la mémoire de recollection ou dynamique. Cela veut dire que la suppression de la vision mentale des objets (formes et couleurs) peut tenir : tantôt à un défaut d'évocation ; tantôt à un défaut de reviviscence qui peut être dû à l'affaiblissement de l'excitabilité du centre des images visuelles, à l'affaissement ou disparition de ces images par lésion du centre cortical correspondant ; tantôt, et pour que la mémoire de recollection soit complète, à un défaut de reconnaissance.

Mais ce sont les deux premiers mécanismes, les seuls

©BIUM



qui nous intéressent ; et là-dessus nous insistons, tout d'abord, en ce que le trouble par défaut d'évocation ne doit pas être confondu avec le trouble causé par défaut de reviviscence. Malgré que son association soit possible (démence sénile et paralysie générale), elle n'est ni nécessaire, ni constante, comme nous l'avons vu ; ce qui prouve que chacun de ces troubles possède ses conditions d'existence propre, et très probablement une localisation distincte dans les organes de la mémoire, envisagée comme fonction psychique — un ensemble d'associations dynamiques plus ou moins stables et plus ou moins promptes à s'éveiller (1).

La perte de la vision mentale est donc, d'après la psycho-physiologie et la clinique, un phénomène complexe, à pathogénie multiple. Il est, en effet, de toute évidence, que les images visuelles peuvent ne pas se présenter à l'appel parce que, à cause d'une lésion destructive du centre cortical correspondant, elles n'existent plus (l'inexcitabilité fonctionnelle du centre donnera le même résultat immédiat) ; ou alors, parce que, étant intactes, l'excitation évocative, qui met en jeu la grande majorité des activités élémentaires du cerveau, est trop faible pour les éveiller.

C'est, il me semble, cette éventualité pathogénique qui convient le mieux au cas clinique que nous rapportons — et qui vraisemblablement n'était pas applicable au cas de Charcot — parce que les images existaient latentes dans le cerveau de notre mélancolique, comme le prouvent son apparition dans les rêves par réveil automatique, son éveil rapide par la stimulation externe, et enfin le retour spontané de la vision mentale ; contrairement à ce que le regretté professeur de la Salpêtrière a observé chez son malade.

(1) Th. Ribot. *Les maladies de la mémoire*, 18e édit., p. 20.

©BIUM



Il s'agit d'une suppression de la vision mentale des objets, qui est comparable à l'*aphasie amnésique* des anciens cliniciens (Lordat, Trousseau, etc.), dernièrement reprise et étudiée d'une façon magistrale par M. le professeur Pitres sous le nom d'*aphasie dysmnésique d'évocation*, « caractérisée par l'oubli d'évocation des mots avec conservation de la reviviscence et de la reconnaissance des images verbales » (1). On a constaté aussi que la reviviscence par stimulation périphérique et la reconnaissance des images visuelles existaient intactes chez notre malade, et que c'était leur *évocation volontaire* qui se trouvait *seule* abolie.

L'idée de l'image visuelle était bien présente à son esprit, cette image elle-même était là aussi; ce qui faisait défaut, c'était l'association entre ces deux éléments — un psychique et l'autre sensoriel — par un trouble d'évocation le premier n'arrivait pas à éveiller le second.

Bref, nous avons affaire à une *perte de la vision mentale dysmnésique d'évocation*, pour employer la terminologie du professeur de Bordeaux. La pathogénie de l'oubli est identique dans les deux cas : c'est toujours un défaut d'évocation mnésique — soit des images des mots, soit des images des objets. Si la fixation et l'évocation des mots et des choses obéissent aux mêmes lois, elles doivent être capables de troubles identiques.

Peut-on donner à cette interprétation, basée sur la physiologie aussi bien que sur la pathologie cérébrale, un appui anatomique et préciser le siège de la lésion?

Nous pouvons dire, *a priori*, que dans la perte de la vision mentale par défaut d'évocation, les choses se passent : *a*) comme s'il y avait un affaiblissement initial, à sa source, de l'activité idiative — et dans notre

(1) Pitres. *Loc. cit.*, p. 47.

©BIUM



cas l'état mental de la malade témoigne contre cette hypothèse; *b*) ou alors comme si la stimulation évocative, chemin faisant, aurait été interceptée (ou affaiblie) par une lésion des voies associatives chargées de la conduire jusqu'au centre des images visuelles intactes, ou peu s'en faut. Ce serait, dans cette hypothèse, qui s'adapte à notre cas, une perte de la vision mentale de conductibilité. Dans le cas de Charcot, la perte de la vision mentale serait plutôt due à une lésion du centre cortical des images visuelles.

Mais où est le siège de ces images?

Après les expériences de Munk chez le chien et les observations cliniques de Fürstner, on est amené avec Wilbrand à admettre l'indépendance et l'autonomie anatomique du centre de la perception visuelle et du centre des souvenirs visuels. « Tous les deux, comme dit M. Brissaud, siègent dans le voisinage de la pointe occipitale assez près l'un de l'autre, le premier sur la face interne et le second sur la face externe du lobe occipital (1). »

Bien que cette localisation soit insuffisamment étayée par l'anatomie pathologique, il y a quelques faits qui plaident en sa faveur, et elle explique assez aisément beaucoup de phénomènes cliniques, comme celui-ci : J'observe dans mon service depuis sept ans un persécuté qui est affecté d'une hémianopsie homonyme latérale droite en rapport avec une lésion corticale ou sous-corticale de l'hémisphère gauche. Ce paranoïque a une hallucination visuelle permanente : il voit *du côté droit*, c'est-à-dire avec l'hémisphère aveugle, un titulaire qu'il a beaucoup connu avant l'hémianopsie. Chez lui, le centre de perception visuelle gauche est ou isolé des centres ganglionnaires de la vision par la section des

(1) Brissaud. *Traité de médecine*, 2e édit., p. 142.

©BIUM



radiations optiques, ou peut-être détruit ; mais, malgré cela, les images visuelles de l'hémisphère gauche sont conservées. Cela veut dire qu'en outre du centre, si bien connu, de la perception visuelle, qui siège à la face interne du lobe occipital, dans le territoire de l'écorce où viennent aboutir les radiations optiques, il existe très vraisemblablement un centre de la mémoire visuelle, qui paraît être localisé dans la face externe du lobe occipital.

Quels sont les rapports de ces centres entre eux ? Comment fonctionnent-ils ? Sans qu'il soit possible d'en établir les limites exactes, il est cependant probable que le centre des images visuelles communes se continue par une transition insensible en arrière avec le centre de la perception (d'autant plus que celui-ci occupe le domaine de la scissure calcarine, *la rétine corticale*, qui peut empiéter sur la face externe du lobe occipital), et en avant avec le centre de la mémoire graphique, situé dans le pli courbe. Ces deux centres sont très intimement unis entre eux par deux importantes voies associatives — le *faisceau transverse du cunéus* et le *faisceau transverse du lobe lingual*. Mais, quoi qu'il en soit du siège et de l'étendue exacts du centre des souvenirs visuels, tout nous porte cependant à croire, ainsi que le fait fort bien remarquer Vialet, « qu'il existe dans l'écorce des éléments qui sont le siège d'une différenciation fonctionnelle, les uns chargés de recueillir les perceptions brutes, les autres plus spécialement aptes à emmagasiner les souvenirs visuels. A ce point de vue encore il y a une distinction à établir entre les images visuelles communes et les images visuelles des mots nécessaires au fonctionnement du langage intérieur » (1).

(1) Vialet. *Les centres cérébraux de la vision*, p. 349.

©BIUM



Dans l'absence de documents anatomo-cliniques qui pourraient seuls résoudre la question qui nous occupe, et dans l'ignorance où nous sommes au sujet du rôle joué par les fibres intra-corticales et sous-corticales dans les réflexes du cerveau, on ne peut pas pousser les choses plus loin. Toutefois nous pouvons, il me semble, établir d'une façon définitive que la perte de la vision mentale est un phénomène complexe, à pathogénie multiple :

*A.* Tantôt elle est causée par un défaut de reviviscence, c'est-à-dire due à la perte d'excitabilité du centre des images visuelles communes, produite par une lésion (dynamique ou organique) de la face externe du lobe occipital (?) — et dans ce cas elle est comparable aux *aphasies nucléaires* et tout particulièrement à la cécité verbale ;

*B.* Tantôt elle est causée par un défaut d'évocation ; et alors elle n'est pas justiciable d'une localisation invariable et étroite, parce qu'il faut distinguer : *a*) le défaut d'évocation dû à l'affaiblissement de l'activité idiative, produit par une lésion plus ou moins diffuse de la corticalité générale, et surtout des lobes frontaux ; *b*) et le défaut d'évocation produit par la rupture des communications entre les centres psychiques intacts et les centres des images visuelles communes également inaltérés (organiquement et fonctionnellement). Dans ce dernier mécanisme la perte de la vision mentale ferait pendant aux aphasies de *conductibilité ou transcorticales* des auteurs allemands.

Ceci posé, nous allons examiner l'interprétation que M. Séglas donne de la perte de la vision mentale. Le savant médecin de Bicêtre se rapporte assez souvent dans ses travaux à ce phénomène qu'il explique par un défaut de perception personnelle, ainsi que les troubles de la sensibilité des mélancoliques.

©BIUM



Voici comme il s'exprime dans ses *Leçons cliniques* :

« On pourrait supposer qu'il s'agit là d'une sorte *d'amnésie portant sur les images visuelles.* Je crois qu'il n'en est rien ; bien plutôt que les images elles-mêmes, *c'est la faculté de les évoquer qui est atteinte*, le pouvoir de les assimiler à cet ensemble de faits psychologiques qui constitue la conscience personnelle (1). »

Plus haut (p. 667) il insiste sur les mêmes idées, et, revenant là-dessus dans son livre sur le *Délire des négations*, écrit ceci : « L'interprétation exacte de ces phénomènes n'est pas facile. S'agit-il d'une perte, d'un effacement des images sensorielles antérieurement acquises, en un mot d'une amnésie ?

« Bien que cela ne soit pas impossible, nous croirions plus volontiers que, dans ce manque, non de reviviscence automatique, mais de rappel volontaire des images, il s'agit d'un défaut de synthèse empêchant leur rattachement aux autres souvenirs ou sensations dont l'ensemble constitue la personnalité, d'un manque d'assimilation psychologique des images (2). »

On voit que M. Séglas, sans contester la première interprétation, admet plus volontiers l'autre.

Il est plus que probable, en ce qui concerne notre mélancolique, que bien plutôt que les images (visuelles) elles-mêmes, c'était la *faculté de les évoquer qui était atteinte*, comme M. Séglas l'admet. Mais cela constitue, en réalité, une forme spéciale d'amnésie, justement caractérisée par la difficulté ou l'impossibilité de l'évocation volontaire des images.

Cependant cette pathogénie ne convient pas, à mon sens, au malade du professeur Charcot ; car, comme

(1) Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 471.

(2) J. Séglas. *Délire des négations*, p. 39.

©BIUM



tout le fait supposer, les images visuelles n'étaient pas intactes chez lui — fait capital pour l'interprétation du phénomène — et la perte de la vision mentale était plutôt due à *un effacement de ces images elles-mêmes* qu'à la faculté de les évoquer. C'était un défaut de reviviscence qui était en jeu, je le répète encore.

*
* *

Je me résume. La pathogénie de la perte de la vision mentale n'est pas toujours identique dans son mécanisme ; elle comporte les deux interprétations ci-dessus mentionnées : tantôt le trouble initial entrave le premier acte de la mémoire de recollection, et les images restent intactes, comme chez notre mélancolique (phénomène psychique) ; tantôt il atteint le second, et les images sont directement détruites, comme chez le malade de Charcot (phénomène sensoriel).

C'est une division pathogénique naturelle, basée sur la physiologie cérébrale aussi bien que sur la clinique ; l'avenir dira jusqu'à quel point, et en dernier ressort, l'anatomie pathologique la justifie. Il paraît, cependant, d'après ce que nous avons dit, que ces deux variétés cliniques de perte de la vision mentale relèvent l'une et l'autre d'une localisation différente. Il n'est guère admissible qu'une si grande diversité symptomatique — caractérisée par la conservation intégrale des images d'un côté et leur destruction de l'autre — soit le fait de la lésion d'un seul et même organe ; car la lésion n'a de valeur que par sa *localisation*.

©BIUM

# LES INCENDIAIRES

**Par le Dr GIMBAL**

Médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique*
(*Prix Esquirol, 1904.*)

SUITE ET FIN (1).

## INCENDIE DANS LA DÉMENCE SÉNILE.

Dans la démence sénile, l'incendie est dû, soit à des troubles amnésiques, soit à des phénomènes délirants, qui portent de la démence le cachet, soit à un état d'agitation, de turbulence, durant lequel le malade est presque inconscient, et dont il ne garde qu'un souvenir plus ou moins imparfait.

Analogues sont les incendies commis au cours des démences alcooliques, paralytiques, ou liés à des lésions circonscrites du cerveau.

### OBS. XXXV. — *Démence sénile.*

C..., soixante-quatorze ans, tonnelier.

Ce malade présente un affaiblissement intellectuel très marqué. Il est entré à l'asile, ayant commis des actes qui le rendaient très dangereux. Chez lui, dans un accès de colère, il avait tout cassé, et mis le feu à sa chambre, de façon inconsciente.

Actuellement, il ne se souvient aucunement des faits qui ont

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1905, de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1906.

©BIUM



motivé son internement. Gâteux, il ne se rend pas compte de sa situation.

### Incendie dans la folie morale.

Certains sujets sont incapables de former des conceptions éthiques, base des notions et des jugements moraux. Ils peuvent connaître les lois de la morale, mais ils ne les utilisent pas dans la détermination de leurs sentiments ou de leurs actes. Dans ces lois, ils ne considèrent que le danger qu'il y a à les enfreindre dans le cas où leur inobservation est découverte. L'éducation, la famille, l'école, n'ont aucune influence, très souvent, sur leur sens moral défectueux.

Jeunes, ils n'écoutent ni parents, ni maîtres, et déjà se devinent leurs mauvais instincts, se traduisant souvent par des actes. Adultes, ils se détachent de la société, vivant en dehors d'elle et contre elle. Etres essentiellement, constitutionnellement dangereux, ils commettent les délits, les crimes les plus surprenants, avec une facilité effrayante. Si parfois ils font preuve d'une certaine habileté, plus souvent ils n'en montrent aucune. C'est que, d'habitude, la faculté d'estimer leurs actes dans leurs conséquences matérielles n'est pas plus développée que celle d'en sentir la valeur morale. Continuellement en conflit avec la société, dont ils n'acceptent pas les règles qui la constituent et la sauvegardent, vivant à l'aide de procédés condamnés par les lois et la morale, ils peuplent les asiles, les maisons de correction, de prostitution, les prisons. Leurs actes délictueux et criminels sont des plus nombreux et variés. Parmi les seconds, il est fréquent d'observer l'incendie.

#### Obs. XXXVI. — *Idiotie morale.*

Juliette C..., dix-huit ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père buveur.

©BIUM



Antécédents personnels. — Toute jeune, elle manifeste un caractère insupportable. On ne veut la garder dans aucune pension. Elle refuse de travailler, et, si on ne lui laisse pas faire ses petits caprices, elle parle de se suicider. Elle n'a aucune affection pour ses parents.

A seize ans, renvoyée de cinq pensions différentes, elle vient habiter avec ses parents.

A dix-sept ans, elle les quitte, sans vêtements, sans argent. Elle se livre au premier venu. Aux personnes qui lui demandent qui elle est, elle répond qu'elle est une pauvre orpheline, abandonnée, sans ressources. Elle vit quelque temps avec un cocher; puis avec un artilleur, qui la place comme bonne dans une brasserie. C'est là que ses parents la découvrent. En les voyant elle leur déclare « que désormais ils peuvent mourir, car elle sait comment on vit sans rien faire ».

A dix-huit ans, elle vient chez sa grand-mère, qui ne peut lui faire aucune observation. A la suite d'une discussion sans importance, elle se lève la nuit, met le feu à la maison, et se sauve emportant une faible somme d'argent. Elle est arrêtée, emprisonnée à Charleville.

Là, elle se bat avec ses voisines, leur raconte la scène de l'incendie, regrettant « de ne pas avoir fait griller sa grand-mère ».

Elle entre à l'asile de Prémontré le 3 juillet 1891. C'est une personne de petite taille, d'un certain embonpoint, ne présentant pas de stigmates physiques de dégénérescence. Elle finit par avouer, au bout de plusieurs jours, qu'elle déteste ses parents. Elle a mis le feu chez sa grand-mère, parce qu'elle était malheureuse chez elle. Quand on lui fait remarquer qu'elle pouvait tuer sa grand-mère, elle rit. Elle raconte que se sauvant dans la campagne, après avoir incendié, elle s'est retournée plusieurs fois, et que la vue de la flamme lui procurait du plaisir.

A l'asile, où elle reste huit mois, elle manifeste une indifférence absolue. Elle ment à tout propos. Elle ne présente aucun stigmate hystérique.

Elle sort le 25 février 1892, réclamée par ses parents, qu'elle se met à chérir, à l'occasion de sa sortie.

©BIUM



## CONCLUSION

Les incendiaires forment deux groupes : l'un renferme les incendiaires à état mental normal : l'autre, les incendiaires à état mental défectueux.

Les incendiaires du premier groupe sont reconnus normaux, sans examen ou après un examen médico-légal. Quand ils nécessitent cet examen, ils simulent la folie, ou ils essaient d'excuser leur crime par une maladie invoquée.

Les incendiaires du deuxième groupe sont des aliénés. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'imbéciles, de débiles. Cette imbécillité, cette débilité sont simples ou associées à l'alcoolisme, à l'épilepsie ou à l'alcoolisme et à l'épilepsie réunis.

Dans la débilité simple, l'incendie est le fait d'un jugement, d'un sens moral insuffisants. Maltraité de tous, parce qu'il est faible de corps autant que d'esprit, incapable de comprendre son état et la gravité de ses actes, poussé par l'instinct de conservation, par la vengeance, par de mauvais conseils, le débile commet l'incendie qu'il considère comme un procédé commode, peu dangereux pour lui-même, devant lui assurer l'impunité.

Sous l'influence de l'alcoolisme, le débile incendie fréquemment. L'acte incendiaire résulte de l'union de la débilité et de l'alcoolisme. C'est à l'occasion de cette intoxication que le débile commet son crime, que son idée incendiaire, liée à la débilité, est mise à exécution. Parfois, l'incendie est provoqué par une impulsion immédiate, brusque, sans rapport avec une idée antérieure.

Dans la débilité compliquée d'épilepsie, l'acte criminel dépend soit de la débilité, soit de l'épilepsie, soit

©BIUM



de l'union de ces deux causes, l'idée incendiaire, née sous l'influence de la débilité, se transformant en acte avec une attaque ou un équivalent psychique épileptique.

L'incendie s'observe dans la débilité compliquée d'alcoolisme, d'épilepsie. Il est d'importance capitale, de le rattacher à sa cause ou à ses causes vraies, suivant qu'une seule ou que plusieurs de ces causes interviennent. Le diagnostic entre l'acte incendiaire provoqué par l'alcoolisme et l'impulsion incendiaire épileptique est parfois difficile.

La débilité peut donner naissance à l'incendie, à la suite de véritables délires de persécution, mystiques, délires dont la caractéristique est d'être polymorphes, mal systématisés. Au cours de la débilité, on peut observer des états très voisins des obsessions qui constituent la pyromanie, mais qui s'en distinguent cependant parce que leurs impulsions sont brusques, ne sont pas précédées par une lutte angoissante et suivies par un soulagement consécutif à l'acte.

L'alcoolisme, seul, provoque l'incendie presque toujours pendant un épisode aigu survenant au cours d'une intoxication chronique. L'acte incendiaire se produit au cours d'un délire onirique ou à la suite d'une impulsion. La conservation du souvenir de l'acte criminel permet, en dehors des commémoratifs, de distinguer l'acte incendiaire lié à l'alcoolisme, de l'impulsion incendiaire épileptique.

Cette dernière est remarquable par son instantanéité, sa brusquerie, sa violence, son irrésistibilité, son inconscience, son amnésie, caractères au reste communs à toutes les impulsions épileptiques.

Toutefois, certaines formes d'alcoolisme aigu, et en particulier l'absinthisme, sont, à notre avis, capables de provoquer des impulsions en tout point semblables

©BIUM



aux impulsions épileptiques ; mais ces cas sont exceptionnels.

Tantôt l'impulsion incendiaire épileptique survient au moment d'une attaque, soit avant, soit plutôt, après. Tantôt l'impulsion apparaît sans attaque, liée à un délire existant seul, sans phénomènes convulsifs ; dans ces conditions, le diagnostic étiologique est délicat.

La pyromanie est un symptôme de cette forme de dégénérescence mentale qui se traduit par des obsessions, des impulsions variées. La pyromanie n'est jamais le seul symptôme de cette dégénérescence, mais elle peut en être le symptôme le plus apparent.

Dans le délire chronique de persécution, l'incendie est assez rare. Le persécuté chronique frappe son ennemi plutôt que les biens de ce dernier.

L'hystérie provoque l'incendie pendant les attaques, en dehors des attaques. Pendant l'attaque, cet acte criminel apparaît comme un accident involontaire provoqué par des mouvements désordonnés ; il est parfois en relation avec un délire hallucinatoire, onirique, passager, qui suit immédiatement les phénomènes convulsifs. Ce délire peut exister en dehors de tout phénomène moteur, avec semblables caractères, quand la détermination hystérique se localise sur les centres sensitifs, sensoriels, psychiques, et être de même cause d'incendie.

L'acte criminel dépend souvent de l'exagération de l'un des éléments ou de plusieurs éléments associés, du caractère hystérique habituel.

Avec l'hystérie, peuvent exister des états mentaux pathologiques, relevant comme elle de la dégénérescence mentale, des délires mystiques, de persécution, de véritables obsessions et impulsions, états mentaux qui impriment à l'incendie, qu'ils provoquent, des caractères particuliers.

Dans la démence sénile, l'incendie est lié à des

©BIUM



troubles profonds de la mémoire ou à des états d'agitation turbulente pendant lesquels le malade commet les actes les plus dangereux sans les comprendre et sans s'en souvenir. Parfois encore, il est la conséquence d'idées de persécution mal systématisées.

Dans l'idiotie morale, l'incendie est commis avec une facilité, une inconscience effrayantes. N'ayant aucune notion du bien et du mal, l'idiot moral satisfait tous ses instincts, quels qu'ils soient, aliéné criminel constitutionnel. Il nous a été possible de recueillir des observations indiquant l'incendie au cours des affections mentales précédentes.

Il existe encore d'autres affections qui peuvent le provoquer.

Dans les démences alcooliques, paralytiques, liées à des lésions circonscrites du cerveau, l'incendie se montre avec les caractères démentiels particuliers à chacune d'elles.

Rares sont les cas d'incendie observés dans la démence précoce. Ils apparaissent dans la forme hébéphrénique, liés à l'affaiblissement intellectuel rapide ; dans la forme paranoïde, enfin, ils sont des réactions de délires plus ou moins systématisés.

La manie produit l'incendie par son agitation motrice, désordonnée, d'une façon imprévue, accidentelle, ou à la suite d'idées délirantes multiples, variables, mal systématisées. La mélancolie s'accompagne aussi de cette manifestation criminelle. Le mélancolique peut se servir de l'incendie comme moyen de suicide.

Les idiots, enfin, incendient comme les déments, accidentellement, incapables de donner à leur acte son importance, ou bien volontairement, pendant ces accès de colère imprévus, impulsifs, si fréquents.

Les incendiaires étudiés dans chaque affection, offrent des caractères très différents, suivant chacune d'elles.

©BIUM



Il est donc impossible d'établir une règle unique au sujet des mesures à prendre à leur égard. Ces mesures varient avec les affections auxquelles ils appartiennent, avec les malades eux-mêmes.

Certes, il est impossible d'établir un rapport absolu entre la maladie d'un incendiaire et le danger qu'il présente. Cette constatation ne doit nullement surprendre, car, en médecine, tout est question de probabilités.

Mais il est certain que l'on peut estimer, presque toujours à sa juste valeur le danger qu'offre un incendiaire selon son genre d'aliénation.

En tout cas, il est un criterium absolu qui permet tôt ou tard de juger ce danger. Ce criterium est tiré de l'étude de l'acte, de la tendance à commettre ce même acte ou d'autres actes criminels; ce criterium dépend de l'examen minutieux et prolongé du malade.

Il est donc permis d'estimer le danger que présente un incendiaire, d'une façon très approximative, suivant son affection mentale, et d'une façon absolue suivant sa prédisposition, sa tendance criminelle, nécessitant, pour être parfaitement connues, un temps plus ou moins long.

### DU DANGER DE L'INCENDIAIRE SUIVANT SON AFFECTION MENTALE

L'incendiaire qui fait le sujet de l'observation XXXVI, atteinte de folie morale, doit être considérée comme très dangereuse, non pas tant à cause de son acte criminel que par la facilité avec laquelle elle s'abandonne à ses pires instincts. La folie morale est donc une forme d'aliénation qui, constatée chez un incendiaire, fera tenir ce dernier comme très dangereux. Il sera traité de même façon que les autres fous mo-

©BIUM



raux, êtres pervers, aliénés délictueux et criminels nés, constitutionnels, êtres essentiellement antisociaux.

Les pyromanes, c'est-à-dire les incendiaires qui obéissent à l'obsession, à l'impulsion vraies, avec lutte angoissante et soulagement consécutif, chez lesquels ces obesssions et ces impulsions sont des syndromes d'une forme de dégénérescence qui se révèle toujours, tôt ou tard, par d'autres obsessions et impulsions, les pyromanes sont également très dangereux.

Si nous nous en rapportons à nos trois observations, nous constatons que le pyromane de l'observation XXVI, atteint de dégénérescence héréditaire et acquise, non seulement a commis un incendie, mais encore a présenté l'obsession suicide, homicide. Il a fait, en outre, quelques tentatives d'évasion.

Le malade de l'observation XXVII, dégénéré héréditaire alcolique, a été atteint d'impulsions telles qu'elles ont provoqué quatre incendies.

Le malade de l'observation XXVIII, alcoolique, dégénéré héréditaire, a commis trois incendies.

Les persécutés chroniques systématisés, chez lesquels l'incendie est un mode de réaction amené par le délire, sont aussi des incendiaires très dangereux. Tels les malades des observations XXIX, XXX.

Les épileptiques, les hystériques, incendiaires, seront pris pour très dangereux, à quelque cause que se rattache leur acte criminel (Obs. XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV). Très dangereux sont les incendiaires alcooliques. Parmi les observations XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, quatre indiquent des malades ayant commis plusieurs incendies ou d'autres délits ou crimes.

Dans la débilité, l'imbécillité, l'incendiaire se révèle dangereux dans la moitié des cas environ. Les observations I, II, III, IV, V, VI, ont trait à la débilité seule. Les malades des observations III, IV, V, ont

©BIUM



commis non seulement des incendies, mais encore des tentatives de viol, de meurtre. La débilité, l'imbécillité compliquées d'alcoolisme sont représentées par les observations VII, VIII, IX, X, XI. L'incendiaire de l'observation IX a causé deux incendies. Celui de l'observation X a commis trois incendies et deux vols.

Les incendiaires des observations XII et XIII sont des débiles épileptiques. Celui de l'observation XII s'est évadé deux fois. Le débile alcoolique, épileptique, de l'observation XIV n'a commis qu'un incendie.

Il semble donc que les débiles ou imbéciles alcooliques, les débiles épileptiques, les débiles alcooliques et épileptiques, incendiant du fait de leur débilité surtout, ne soient guère plus dangereux que les débiles simples.

Les débiles atteints de troubles délirants (Obs. XV, XVI, XVII), dangereux au dehors, à l'asile au contraire ne présentent pas de danger.

Enfin, beaucoup moins dangereux, en général, sont les incendiaires qui se rencontrent parmi les déments.

L'on peut ainsi constituer trois groupes d'incendiaires pour l'estimation approximative de leur danger, suivant leur forme d'aliénation. Le groupe des incendiaires très dangereux comprend :

1° Les fous moraux ;
2° Les pyromanes ;
3° Les persécutés chroniques ;
4° Les épileptiques ;
5° Les hystériques ;
6° Les alcooliques.

Le deuxième groupe des incendiaires dangereux est constitué par :

1° Les débiles simples ;
2° Les débiles délirants.

©BIUM



Le troisième groupe des incendiaires peu dangereux est celui des déments.

## DU DANGER DE L'INCENDIAIRE SUIVANT SA TENDANCE, SA PRÉDISPOSITION NATURELLES

Par la connaissance du genre d'aliénation dont un incendiaire est atteint, il est donc possible de prévoir, d'une façon très approximative, le danger qu'il présente. Par l'observation plus ou moins prolongée du malade, par l'étude de ses antécédents héréditaires et personnels, par la détermination de sa tendance, de sa prédisposition criminelles, délictueuses, l'on précisera ce danger ; l'on constatera ainsi, rarement d'ailleurs, que certains incendiaires, que leur affection devait faire considérer comme peu dangereux, se révèlent, par la suite, très dangereux. Tels, certains paralytiques généraux, malgré la bonhomie, la bienveillance de la plupart de leurs semblables, deviennent criminels.

Ce qu'il faut donc considérer avant tout, pour apprécier le danger d'un incendiaire et la durée de son internement, c'est le malade lui-même, non sa maladie. Il faut relever ses antécédents héréditaires, ses antécédents personnels, les délits ou les crimes qu'il a déjà commis, l'observer attentivement dans ses réactions, dans sa tendance, dans sa prédisposition criminelles et délictueuses.

L'on sera alors amené à distinguer deux catégories d'incendiaires.

La première catégorie renferme les incendiaires qui, à l'Asile, se conduisent bien, qui sont calmes, bons travailleurs, chez lesquels l'incendie apparaît comme un phénomène isolé, sans tendance à la reproduction. La durée de l'internement de ces malades sera limitée.

La deuxième catégorie est composée par les incendiaires ayant déjà commis d'autres crimes ou délits, et

©BIUM



qui présentent une tendance, une prédisposition criminelles plus ou moins marquées. Cette tendance, cette prédisposition, sont indépendantes de toute forme d'aliénation ; mais elles se manifestent, de préférence, à l'occasion de certaines de ces formes d'aliénation, où le jugement, la volonté, le sens moral, sont particulièrement défectueux. Ces incendiaires, aliénés criminels ou délictueux récidivistes le plus souvent, sont violents dans leurs paroles comme dans leurs actes ; se soumettant mal à la discipline de l'Asile, s'adaptant mal à leur nouveau milieu, dont ils ne peuvent accepter les lois, de même qu'ils s'étaient mal adaptés à leur ancien milieu, à la société, dont ils n'ont pu subir les règles qui l'ont formée, ils ne cherchent qu'à s'évader. S'ils réussissent, ils ne tardent pas à commettre de nouveaux crimes ou délits. Si leurs tentatives sont vaines, ils deviennent de plus en plus irritables, excitables, difficiles, agressifs même, à l'égard de tous.

Ces incendiaires de la deuxième catégorie, aliénés criminels dangereux, sont le plus souvent des fous moraux, des pyromanes, plus rarement des alcooliques, des épileptiques, des hystériques, des persécutés, des débiles. Ils devraient être placés, non pas dans un asile ordinaire, mais dans un asile spécial, de sûreté, pour un internement d'une durée illimitée. Dans l'asile ordinaire, leur évasion est possible. Libres, ils commettent de nombreux délits, de nombreux crimes, d'autant plus aisément que, presque toujours conscients de leur état, ils savent fort bien que le seul risque qu'ils aient à courir est leur réintégration dans un asile, d'où ils pourront encore s'évader. Dans l'asile ordinaire, ils sont un sujet fréquent de scènes de désordre, de violence. Ils frappent souvent les autres malades qui, à tous les points de vue, souffrent de cette promiscuité, qu'ils ne méritent pas.

©BIUM



Avec l'asile spécial, au contraire, une surveillance étroite serait possible. La société serait efficacement protégée, puisqu'il n'y aurait plus d'évasions. Plus de scènes de désordre, de violence, dans les asiles ordinaires. Tous les incendiaires dangereux, réunis, seraient traités de même façon, et il serait possible de les soumettre à un travail commun.

Telles sont, rapidement énumérées, les raisons pour lesquelles un asile spécial, de sûreté, serait nécessaire pour interner les incendiaires dangereux, en particulier, et les aliénés criminels dangereux, en général.

Pour déterminer les conditions dans lesquelles ces incendiaires dangereux devraient être placés dans l'asile spécial, il faut tenir grand compte de ce fait clinique qui veut que l'observation du sujet, dans ses réactions, dans sa tendance et sa prédisposition criminelles, est seule capable de démontrer, d'une façon absolue, le danger, la nocivité qu'il présente pour la société. Aussi, devrait-on, d'abord, interner tout incendiaire dans un asile ordinaire. Si, là, il se révélait dangereux, le médecin demanderait son transfert dans l'asile spécial, et motiverait cette demande.

Après le vœu du Congrès de Paris, qui exprime le sentiment des psychiatres français, après la constatation de l'existence déjà ancienne d'asiles spéciaux en pays étrangers, et notamment en Angleterre, où ils sont jugés nécessaires, il est permis d'espérer que, tôt ou tard, en France, les aliénés criminels dangereux, et, parmi eux, les incendiaires, auront enfin leur asile spécial.

©BIUM

# Établissements d'aliénés.

—

DES

# ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

## D'IDIOTS ET D'ÉPILEPTIQUES

### DU ROLE DU MÉDECIN DANS CES ÉTABLISSEMENTS

**Par le Dr A. ADAM**
Directeur médecin de l'asile Saint-Georges,
à Bourg (Ain).

## I

Si l'époque troublée à laquelle eut lieu la réforme de Pinel n'a pas permis de lui prêter en France toute l'attention qu'elle méritait ; si, accueillie avec enthousiasme, elle mit néanmoins des années à se généraliser, il faut reconnaître qu'elle fut le point de départ de l'amélioration du sort des aliénés, et que dans cette voie le progrès a été ininterrompu. Diverses ordonnances, et finalement la loi de 1838 en France et des législations spéciales dans tous les pays, sanctionnèrent dans le cours du XIXe siècle l'élévation de l'aliéné à « la dignité de malade ». Dès lors son droit aux soins médicaux ne pouvait plus être contesté : la forme seule de l'assistance et de l'organisation du nouveau service varia suivant le tempérament, les idées et les ressources des différentes nations. Des législations, des systèmes

©BIUM



plus ou moins parfaits furent élaborés. Il y avait de la marge depuis le système de réclusion auquel mit fin la réforme de Pinel jusqu'à celui de no-restraint et de l'*open-door* en faveur aujourd'hui. Les progrès dans cette voie étaient liés au développement de la science psychiatrique ; et si la France, sous ce dernier rapport, n'a rien à envier aux autres nations, peut-être serait-il téméraire de dire qu'ayant donné l'impulsion, elle n'a pas été, au point de vue de l'organisation proprement dite du service, dépassée par d'autres pays. Cela tient peut-être à la centralisation du service, telle qu'elle est organisée par la loi de 1838. Cette centralisation, si elle présente certains avantages, notamment celui de généraliser rapidement les réformes utiles, a peut-être l'inconvénient d'entraver l'initiative locale et de fermer la porte à des réformes partielles parfois heureuses et que facilite la décentralisation inhérente à l'organisation politique et administrative d'autres pays. Mais cela tient sans doute aussi aux différences essentielles des systèmes adoptés. C'est ainsi que le système allemand de construction des asiles, comme l'a déjà fait observer Parchappe, diffère absolument du système français par la subordination des places à la considération de l'état de curabilité et d'incurabilité. Ce principe a conduit en Allemagne ou à la séparation des curables et des incurables dans des établissements distincts, ou à la création dans une même institution de deux établissements, l'un pour les curables, l'autre pour les incurables.

Au reste, si la loi de 1838 ne fait pas cette distinction, l'idée de séparer des aliénés proprement dits certaines catégories de malades a fait son chemin même en France ; et la proposition de loi déposée à la Chambre par M. Dubief l'introduit dans le texte législatif, en demandant la création d'asiles spéciaux pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots et les crétins, l'organisa-

©BIUM



tion de colonies familiales et l'assistance à domicile. C'est un pas fait vers le système allemand. Mais de l'autre côté du Rhin on ne s'est pas contenté de créer des établissements distincts pour diverses catégories d'aliénés, pour les idiots, pour les épileptiques. S'inspirant de l'idée de parenté entre les maladies nerveuses et mentales, on a réservé, comme nous le verrons plus loin, dans la clinique universitaire des maladies mentales, quelques places aux affections nerveuses, dans un but d'enseignement. En raison même de la parenté entre ces deux genres d'affections, des cliniciens distingués ont pensé que traiter les maladies nerveuses revenait en somme, dans bien des cas, à faire le traitement prophylactique de la folie.

De cette conception est né un mouvement en faveur de la création d'établissements pour le traitement des affections nerveuses. Ce mouvement a été soutenu par Lache en Prusse, par Cramer en Hanovre, par Fuchs et Neumann dans le duché de Bade, par Möbius en Allemagne et en Suisse.

Sous l'impulsion ainsi donnée surgirent des établissements privés d'abord, tels que la « maison Schönow » près de Berlin ; et un peu partout se fondèrent des associations en vue de créations analogues. Les assemblées provinciales votèrent des fonds ou au moins le principe. Si dans le duché de Bade on donna un tour de faveur à l'établissement pour buveurs, on fonda dans le Hanovre l'établissement de Rasenmühle près de Göttingen, le premier pour le traitement des affections nerveuses consacré à l'assistance et offrant le caractère d'un établissement public. Dans une étude très documentée du Dr Bresler, parue in *Schmidts Jahrbücher der gesammten Medizin*, vol. CCLXXX, p. 113, année 1903, on trouve exposée la situation actuelle de ces établissements, et les services qu'ils rendent en augmentant la propor-

©BIUM



tion des cas de guérison des affections nerveuses. On est frappé, à la lecture de ce travail, du grand nombre de ces affections traitées au compte des Compagnies d'assurances et des associations professionnelles, et aussi du grand nombre de retraites allouées par suite d'incapacité de travail consécutive.

D'autre part, une statistique comprenant les quatre années qui ont suivi l'ouverture de la « maison Schönow » montre que la proportion des cas de guérison a quadruplé. On ne saurait mieux faire ressortir l'intérêt qu'ont toutes les associations de prévoyance à favoriser la création d'établissements analogues. Le tableau des cas traités par Laehr à « maison Schönow », avec la proportion des guérisons, ne sera peut-être pas sans intérêt.

| | Guérisons. |
|---|---|
| 7 affections nerveuses périphériques ou musculaires. . . . . | 1,4 p. 100 |
| 55 affections organiques du système nerveux central (artério-sclérose, hémiplégies cérébrales, tabes). . | 5,8 — |
| 395 névroses (neurasthéniques, hystériques, névrotraumatiques). . . | 84,9 — |
| 95 psychoses (mélancolie, hypocondrie, démence précoce) . . . . | 6,9 — |
| 11 affections diverses. . . . . | 1,0 — |

On voit, d'après la composition de cette population, que le médecin de l'établissement devra être un clinicien des maladies mentales autant que des maladies nerveuses ; car si les aliénés proprement dits ne sont pas susceptibles d'être admis, il se trouvera toujours dans le service un grand nombre de malades présentant des troubles psychiques. Il appartiendra au médecin d'apprécier, pour chaque cas particulier, s'il est justiciable d'un établissement où des malades à idées de suicide ou nécessitant à un point de vue quelconque une surveillance, ne sauraient être reçus.

©BIUM



Nous ne pouvons ici rendre un compte complet de l'intéressant travail du Dr Bresler ; il suffira d'avoir par une courte analyse, mis en vue l'organisation nouvelle, qui touche de si près à la question des asiles d'aliénés.

## II

Il nous reste à analyser un travail traitant plus directement de cette question, et dans lequel nous aurons à relever de nombreuses considérations de nature à intéresser les lecteurs des *Annales*. Il s'agit d'une publication (1) du Dr Ilberg, sur les établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques, et sur le rôle du médecin dans ces établissements. Si, en Allemagne, dans certains États, les idiots et les épileptiques sont encore admis dans les asiles d'aliénés où des quartiers spéciaux leur sont affectés, il existe au contraire presque partout des établissements spéciaux pour ces catégories de malades : nous verrons plus loin leur organisation. Quant aux établissements consacrés aux aliénés proprement dits, ils comprennent deux types principaux dont la distinction est basée sur l'état de curabilité ou d'incurabilité des malades qu'ils reçoivent. Le premier type (Heil und Pflegeanstalt) porte dans sa dénomination même une promesse de guérison, puisque littéralement il est dénommé *établissement pour la guérison et l'entretien des aliénés*. Le second, appelé Pflegeanstalt (établissement d'entretien), promet moins ; mais sa dénomination, par sa réserve, du moins, ne rappelle que de loin le *lasciate ogni speranza*.

Dans le premier type il faut faire rentrer la clinique

(1) Irrenanstalten, Idioten und Epilepticheranstalten, etc., par le Dr Georg Ilberg, in *Handbuch der sozialen Medizin*, Iena, 1904.

©BIUM


universitaire des maladies mentales et les asiles urbains. Les grandes villes en effet ont leur asile propre ; et si elles sont le siège d'une université, la clinique universitaire en tient lieu.

Dans cette clinique seront admis les cas récents, aigus, les délirants alcooliques, les convulsifs, ceux qui auront fait des tentatives de suicide et tous ceux qui devront être soumis à un examen de l'état mental pour une cause quelconque. On n'y retiendra les chroniques et les incurables que dans la mesure nécessitée par les besoins de l'enseignement ; le surplus sera évacué sur un asile d'entretien. Quelques places, en raison de la parenté des affections nerveuses et mentales, seront réservées à des nerveux. La population sera tenue dans des limites assez réduites pour ne pas absorber l'activité médicale en des occupations administratives.

Source de science psychique, cette clinique est non seulement utile aux médecins aliénistes, mais même indispensable aux praticiens. Ceux-ci en effet ont non seulement à juger de l'opportunité de la séquestration des aliénés, à rédiger les certificats *ad hoc*, mais encore à donner leurs soins aux quatre à cinq aliénés par mille habitants qui ne sont pas placés dans les asiles, et à conseiller et préserver des rechutes les malades sortis convalescents ou guéris. Sur ce point on peut regretter que l'enseignement clinique en France ait un caractère facultatif, pour ainsi dire. S'il existe à Paris un asile clinique sous la direction de maîtres éminents, ce service en province n'est à peu près pas organisé. On ne saurait considérer comme un enseignement clinique suffisant celui qui peut être donné, dans les asiles voisins des Facultés, à des élèves qui, sans faire un stage dans le service, s'y rendent par-ci par-là, pour assister à quelques conférences, en amateurs en quelque sorte : alors qu'aux épreuves du doctorat on n'exige d'eux que

©BIUM



des connaissances absolument rudimentaires en psychiatrie.

Pour quiconque a eu l'occasion de prendre connaissance des certificats d'admission avec lesquels on amène les malades à l'asile, il est évident que les signataires de ces pièces font généralement preuve d'une réserve et d'une prudence qui trahit leur inexpérience du terrain sur lequel ils sont appelés.

Les asiles urbains sont nés en quelque sorte du développement normal des annexes des hôpitaux, développement qui a eu pour conséquence la nécessité de placer ces annexes sous la direction de médecins spécialistes. Ils évacuent aussi les chroniques et les incurables sur les asiles d'entretien. L'existence des asiles spéciaux aux grandes villes est justifiée par le besoin de procéder avec célérité au traitement des cas aigus qui chaque jour se produisent dans ces centres populeux et qui souvent ne demandent qu'un traitement de courte durée. Par contre, d'une façon générale, une des conditions du choix de l'emplacement de l'asile de traitement, est l'éloignement des grands centres, avec facilité de laisser aux malades une certaine somme de liberté.

Cet asile de traitement sera l'établissement le plus important. Il recevra les aliénés d'un certain rayon. Les grandes villes ne lui enverront leurs malades que lorsqu'elles n'auront pas d'asile urbain, ou lorsque ces malades seront particulièrement dangereux ou constitueraient, par la durée probable de leur maladie, une cause d'encombrement pour l'asile urbain. Eloignés des grands centres, des milieux alcooliques, des cours d'eau, etc., pour des raisons faciles à deviner, ces établissements ne devront cependant pas être trop à l'écart, pour ne pas réduire à un isolement complet et préjudiciable leur personnel. Soumis à une direction médicale, l'asile de traitement devra être créé pour six cents malades, et muni de tout

©BIUM



le personnel médical et de surveillance nécessaire pour faciliter l'application de toutes les méthodes de traitement, y compris celle de l'*open-door*, sans qu'il en résulte de danger.

Certains malades inoffensifs pourront bénéficier du traitement familial (1), ou être évacués sur les quartiers d'hospices réservés aux incurables calmes (Siechenabtheilung).

Quant aux agités, déments précoces, paranoïques, qui s'accumuleront peu à peu à l'établissement de traitement, ils seront évacués sur un asile d'entretien, de même que certains malades à antécédents fâcheux (criminels, prostituées, etc.).

Il ne faudrait cependant pas juger ces malades évacués moins intéressants, ni se croire autorisé à les loger et à les nourrir moins bien. Au contraire, leur besoin incessant de mouvement nécessitera des locaux spacieux, des salles nombreuses où ils seront répartis en petit nombre, des jardins ombragés et faciles à surveiller, des quartiers d'alitement avec surveillance rigoureuse. A l'aide de bains prolongés, on pourra même avec cette population, éviter d'avoir recours aux moyens de contention. Cet asile d'entretien pourra avoir de six cents à huit cents places. Le nombre des médecins et des surveillants devra être augmenté proportionnellement à la population et suffisant pour parer à toutes les éventualités. Il sera sage d'organiser un roulement entre les médecins et les surveillants de ces établissements et le personnel médical et de surveillance des asiles de traitement. Il serait à craindre en effet qu'à ne traiter constamment que des

(1) Le régime de la colonie familiale était appliqué dès 1900 en Prusse à 418 hommes et 254 femmes. En 1903 des colonies de ce genre étaient annexées à 30 asiles allemands. La proportion de la population susceptible d'être évacuée des asiles sur ces colonies, serait de 6 p. 100 suivant les uns, de 25 p. 100 suivant les autres.

©BIUM



incurables les médecins ne se découragent, et qu'à séjourner sans cesse au milieu des agités les surveillants ne deviennent indolents ou rudes.

Enfin une dernière catégorie d'aliénés à traiter est celle des prisons et pénitenciers, où les affections mentales sont fréquentes. Ce résultat s'obtient en exigeant du médecin de la prison des connaissances psychiatriques, et dans les établissements pénitentiaires assez importants pour exiger plusieurs médecins, en donnant un des postes à un aliéniste. Quant aux pénitenciers plus vastes encore, un quartier d'aliénés devra y être annexé et être organisé pour recevoir certains malades absolument dangereux, insociables, évadeurs.

En résumé, le système exposé par le Dr Ilberg comprend des établissemente nombreux : asile clinique universitaire, asile urbain, asile de traitement, asile d'entretien, asiles pour imbéciles et idiots, asiles pour épileptiques, et enfin quartiers pour criminels devenus aliénés.

Cela ne fait pas moins de six ou sept espèces d'établissements pour assurer le traitement des aliénés, que nons sommes habitués à voir réunis dans nos asiles.

Si une pareille division des pensionnaires présente d'incontestables avantages, l'on ne saurait nier qu'elle a un inconvénient qui n'est pas négligeable : c'est celui d'être très dispendieuse, et peut-être aussi de ne pouvoir s'adapter à l'organisation administrative de certains pays.

Pour installer ces établissements dans des conditions favorables, on prévoit en effet une population de six cents malades : vraisemblablement, parce qu'au-dessous de ce chiffre les frais généraux pèsent trop lourdement sur le prix de revient de la place, et parce qu'au-dessus la tâche du directeur-médecin qui doit être placé à la tête de l'établissement deviendrait trop lourde.

©BIUM



Il est facile de se rendre compte, en examinant les chiffres de la population des asiles départementaux de France, que sauf pour certains départements à population très dense, ou renfermant des villes de premier ordre, le nombre des aliénés hospitalisés n'atteint ou du moins ne dépasse pas, en général, le chiffre de cinq ou six cents : y compris les imbéciles, les idiots, les épileptiques et les incurables. Si donc on voulait créer des asiles distincts de six cents pensionnaires pour chacune de ces catégories de malades, on serait obligé de réunir, dans l'établissement de traitement par exemple, les aliénés de trois ou cinq départements. Le même fait se produirait pour l'asile d'entretien, pour celui d'idiots, pour celui d'épileptiques. Cela est si vrai que le projet Dubief prévoit à l'art. 2 la réunion de plusieurs départements pour créer des établissements spéciaux destinés au traitement des enfants idiots, des imbéciles arriérés, des crétins, des épileptiques et des buveurs. Il ne faut pas se dissimuler que ce genre d'association des départements en vue du traitement des aliénés en général présenterait de grandes difficultés dans la pratique. Avec l'organisation actuelle, chaque assemblée départementale vote les fonds, fixe le prix de journée pour un asile, asile unique. Si à cet asile unique viennent se substituer trois, quatre, cinq établissements différents répartis sur le territoire de trois ou quatre départements, des conflits ne manqueront pas de naître. Le prix de journée, s'il s'agit d'une co-propriété, devra être évidemment uniforme. Il faut donc présumer l'entente entre plusieurs conseils généraux pour l'établissement de ce prix, ce qui est déjà téméraire ; et je ne parle pas des compétitions qui surgiraient à propos d'autres questions. Chaque département aurait des intérêts matériels et moraux à attirer l'établissement sur son territoire. Les populations qui seraient obligées de traverser deux ou trois départe-

©BIUM



ments pour hospitaliser ou visiter leurs malades se trouveraient évidemment lésées. Les malades trop éloignés de leur famille seraient par la force des choses plus ou moins abandonnés, etc., etc.

En Allemagne, si l'on excepte les petites principautés, les divisions politico-administratives en grandes provinces ou petits États ayant de 2 à 3 millions d'habitants, rendent l'application de ce système facile. En France, il nous paraît inapplicable avec l'organisation actuelle du service, organisation qui a un caractère départemental. L'application n'en serait possible que par la division du territoire en grandes régions hospitalières, chaque région ayant les établissements susnommés disséminés sur son territoire ; mais une pareille organisation supposerait des réformes administratives dont il n'est pas permis d'admettre la réalisation prochaine.

Néanmoins le système exposé a des avantages, et peut-être ne serait-il pas impossible de s'en inspirer et d'en tirer ce qu'il est possible, sans bouleverser de fond en comble l'état actuel ; par exemple, en visant de plus en plus à la séparation future, dans les mêmes établissements, des aliénés curables d'avec les chroniques, les déments, les idiots et les épileptiques. La création de quartiers de traitement, de quartiers d'alitement, remplira dans une certaine mesure ce but, de même que la multiplication des colonies agricoles ou familiales pour les chroniques, les déments, les faibles d'esprit, pourra faciliter le désencombrement de l'asile au grand avantage des malades placés dans les quartiers de traitement.

## III

Quoi qu'il en soit, il ne sera pas sans intérêt de signaler ici les principales dispositions à prendre pour

©BIUM



l'aménagement de l'établissement de traitement. Le Dr Ilberg nous décrit cet établissement sous sa forme idéale. Il a la bonne fortune de pouvoir ajouter que cette description est, à peu de chose près, celle de l'asile de Grossschweidnitz, auquel il est attaché en qualité de médecin.

L'heureuse influence d'un beau site sur le moral étant incontestable, il faut en tenir compte dans le choix du terrain ; d'autre part il faudra éviter le voisinage des centres populeux, des grands lacs ou cours d'eau, des précipices : voisinage dont les inconvénients se traduisent par la nécessité d'élever des clôtures, de munir les fenêtres de grillages, et aussi de supprimer aux malades les promenades au dehors, promenades qui sont un bon moyen de contrôle pour juger chez les convalescents du degré d'empire qu'ils ont repris sur eux-mêmes. La question d'approvisionnement de l'eau est de première importance. La transformation de vieux couvents ou châteaux en asiles, ou la construction d'établissements dans un style de caserne avec deux, trois et quatre étages, ne saurait donner de bons résultats. Il faut adopter le système des pavillons séparés : c'est celui qui, en facilitant le classement, permet aussi d'appliquer avec les restrictions indispensables, le système de l'*Open-door*.

L'asile idéal de traitement du Dr Ilberg est aménagé pour recevoir six cents malades des deux sexes ; il comprend vingt-trois pavillons : dix-sept pour le régime commun, six pour le pensionnat. Le nombre en est impair, parce que dans la section des femmes on prévoit un pavillon de plus pour les semi-tranquilles. Chaque section du régime commun a son pavillon d'admission et de surveillance continue, ses trois pavillons pour tranquilles, ses deux (trois pour les femmes) pour semi-tranquilles, son pavillon pour agités et son infirmerie. Le pensionnat,

©BIUM



avec quatre-vingt-quatorze places, aura également ses deux pavillons d'admission, deux pavillons pour tranquilles et deux pour agités.

De tous ces pavillons le plus important est sans contredit celui de l'admission : il a quarante-huit places par section. A Grossschweidnitz, on lui a donné la disposition en H. Chaque barre parallèle de l'H forme deux salles éclairées et ventilées très facilement. Le côté extérieur est muni d'une véranda ; les côtés intérieurs ont comme annexes une chambre d'isolement, une baignoire, des cabinets d'aisance. La barre transversale de l'H relie les deux salles par un corridor, et renferme une chambre d'examen et de pansement, une chambre pour agonisants, un petit parloir et une grande salle de bains ; de l'autre côté la porte d'entrée est la montée d'escalier qui conduit aux mansardes. Dans ces mansardes le Dr Ilberg désirerait des chambres, où le personnel célibataire pourrait dormir la nuit tout en étant à portée du service ; où, en cas de besoin, il pourrait être appelé par des sonneries électriques. Il apprécierait aussi la disposition qui permet, à Alt-Scherbitz, de se rendre directement de la véranda au jardin, et une salle de réunion pour les malades en cas de mauvais temps. Il estime qu'en faisant les fenêtres assez basses pour rendre les chutes inoffensives, on peut supprimer les grilles.

La chambre d'isolement, spacieuse, bien ventilée, sera bien éclairée et chauffée, par un système mettant à l'abri de tout accident. L'isolement avec porte fermée sera employé le moins possible, et jamais sans fenêtre en verre épais permettant de surveiller le malade. Les malades à idées de suicide ne seront pas isolés, mais maintenus au bain ou au lit, sous la surveillance d'infirmiers.

Il faut mentionner un soutien pour la tête et une

©BIUM



petite table adaptés à la baignoire, pour éviter au malade maintenu au bain toute la journée et même, en cas d'urgence, une partie de la nuit, une fatigue des muscles du cou et du dos, et pour lui permettre de travailler au bain ou d'y manger commodément. Avec ces bains prolongés l'usage des hypnotiques est très réduit ; cela exige d'autre part un personnel nombreux, car on ne devra pas exiger plus de deux à trois heures de surveillance de la même personne. Les water-closets seront fermés, et les malades n'y séjourneront que surveillés : c'est là en effet que se produisent la plupart des suicides.

L'alimentation forcée sera faite dans la salle de pansement, ainsi que les injections de sérum artificiel ou d'huile d'olive stérilisée auxquelles on aura parfois recours avec avantages. L'auteur insiste beaucoup non seulement sur la propreté des locaux, ce qui est élémentaire, mais sur l'avantage qu'il y a à les égayer par une décoration sobre et de bon goût.

Si le rayon de recrutement comprend une grande ville, il faudra un pavillon spécial pour les paralytiques généraux ; dans le cas contraire, une salle d'un pavillon sera affectée à ces malades. En levant les malades toutes les trois heures, on arrive à les empêcher de gâter. S'il leur arrive néanmoins de souiller leur lit, il faut les mettre au propre aussitôt : c'est le seul moyen d'éviter les eschares.

Les pavillons des tranquilles et des semi-tranquilles se rapprocheront autant que possible, pour l'aménagement intérieur, de celui des installations bourgeoises en général. Ils seront pour trente malades qu'on logera au rez-de-chaussée et dont les dortoirs seront au premier. Le rez-de-chaussée comprendra une grande salle de réunion, un réfectoire, et, à un bout, trois chambres pour personnes qu'il y a intérêt à séparer des autres

©BIUM



malades, en raison de leur condition sociale un peu supérieure. A l'autre bout sera le vestibule, avec water-closets, escalier, lavabo. Même disposition au premier, avec dortoir à la place du réfectoire et trois chambres à deux ou trois lits. Les planchers des salles du rez-de-chaussée seront couverts de linoléum. Les fenêtres n'auront pas de grilles ; la seule différence entre les tranquilles et les semi-tranquilles consiste en la présence d'une haie vive qui clôt le jardin chez ces derniers, tandis que les premiers circulent en toute liberté dans les allées, autour des pelouses. Chaque malade a ses effets dans un placard. Au rez-de-chaussée il y aura une chambre d'isolement, d'ailleurs rarement utilisée. Il importe peu que les dortoirs soient plus ou moins grands, pourvu que le tout soit propre, vaste, bien aéré, et disposé de manière à faciliter la jouissance du jardin. Un pavillon (ou une partie de pavillon) sera aménagé pour l'alitement continu. Quant aux pavillons des agités, ils devront être construits solidement ; les fenêtres devront avoir des grilles qu'en cas de danger on pourra enlever de l'extérieur. Le meilleur calmant est le lit ; il faudra donc plusieurs salles pour l'alitement, de six à douze lits, avec un ou deux infirmiers. On permettra aux malades de se lever par moments : il en est chez lesquels cela facilite le sommeil de la nuit. S'il y a une véranda, on peut faire la cure à l'air libre. — La salle de réunion sera grande ; à la place des bancs scellés on donnera des tables ordinaires et des chaises ; on décorera les murs, dût-on voir de temps en temps un tableau, une glace, etc., cassés par les malades. On occupera ceux-ci tant qu'on pourra ; on les laissera courir au jardin, qui est entouré d'un mur ; les trop turbulents seront mis au lit. La camisole ne sera employée que pour parer à un danger de mort. Si le calme ne vient pas, on met le malade au bain prolongé, en

©BIUM



ayant soin d'en surveiller la température et de n'exiger que deux heures de surveillance de la même personne. Ce personnel de bains aura des chaussures et des manteaux le garantissant de l'humidité.

Le quartier comprendra sept baignoires, dont deux isolées à l'usage des malpropres et des malades nouvellement admis. Le nombre des cellules sera de six ; elles pourront être facilement surveillées à travers des vitres de verres épais, et le médecin mettra quelque coquetterie à ne pas les utiliser.

L'auteur considère comme une heureuse disposition d'un quartier d'agités la suivante : deux bâtiments parallèles ; l'un pour les salles d'alitement continu, l'autre pour la salle de jour. Ces bâtiments sont réunis en avant par une construction au centre de laquelle est l'entrée du quartier et qui renferme au premier étage des dortoirs pour les malades qui ne gardent pas le lit. En arrière les deux ailes parallèles seraient reliées par une aile n'ayant qu'un rez-de-chaussée avec un corridor desservant les cellules, les closets, la chambre de pansement, et communiquant avec un vaste jardin. Entre ces quatre bâtiments une cour, pouvant être couverte à volonté par un vitrage, serait transformable en jardin d'hiver. — A la salle d'alitement pourrait être annexée une véranda permettant la cure à l'air libre.

La construction du pensionnat ne présente rien de particulier : c'est une réduction de l'asile.

Quant aux bains, il y aura, outre les organisations isolées de chaque pavillon, une organisation centrale avec dix baignoires pour hommes et dix pour femmes. Les locaux seront chauffés, par un système qui permettra de maintenir le plancher à une température convenable ; il y aura une piscine ; les baignoires des femmes seront séparées par des rideaux, et un cabinet de toilette y sera annexé.

©BIUM



Si un certain nombre de maladies incidentes peuvent être traitées dans les quartiers ainsi organisés, il n'en est pas de même de la tuberculose et des maladies contagieuses.

Il faudra donc construire un pavillon spécial pour les malades atteints d'affections physiques.

En ce qui concerne les tuberculeux, il serait désirable qu'on leur affectât des pavillons spéciaux, aménagés pour recevoir les tuberculeux des différents asiles d'une région ou d'un État; mais à défaut d'une pareille installation, il faudra leur réserver une partie du pavillon servant d'infirmerie.

A Mauer-Ohling on a aménagé, selon toutes les règles de l'antisepsie, un pavillon où sont traités les aliénés et les employés atteints d'affections contagieuses.

Un seul pavillon avec personnel féminin peut servir pour les deux sexes dans un asile de six cent malades (dix lits par chaque sexe, tuberculeux exceptés). Ce nombre devra être doublé si on admet les tuberculeux, et dans ce cas le pavillon devra avoir des balcons et des galeries du côté du midi.

La chapelle sera pour deux cents personnes, les nouveaux n'iront qu'avec l'autorisation médicale, personne en tout cas n'ira par ordre.

Comme moyens de distraction on organise des fêtes avec représentations théâtrales, dans lesquelles les malades, mais surtout le personnel de l'asile, auront leurs rôles. En hiver, à Grossschweidnitz, on offre aux malades des fêtes mensuelles, avec séances musicales, comédies, panoramas, vues vérascopiques, etc. A l'occasion on fait appel aux troupes de passage dans la contrée.

En été ce sont des garden-parties, avec distribution de café, de thé, de gâteaux, de bière, de limonade, de pâtisserie, de charcuterie, etc. Une salle de spectacle est

©BIUM



nécessaire ; et à Dösen, près Leipzig, une disposition spéciale permet d'utiliser la chapelle à cette fin.

Des jeux de croquet, de tennis, de quilles, sont installés ; l'auteur réclame même pour l'hiver des jeux de quille chauffés. Cela, c'est évidemment du luxe ; et si l'on appliquait la mesure au jeu de boules qui passionne tant nos populations du Sud-Est, la création de « boulodromes » chauffés dans les asiles d'aliénés pourrait prendre au moins l'apparence d'une prime à la simulation.

## IV

*Services généraux.* — La cuisine, installée avec tous les perfectionnements modernes, aura pour annexe une cave pour la viande et le lait, et offrira au premier étage des logements pour les cuisinières. A Heppenheim (Hesse), on a établi pour les malades un grand réfectoire commun, contigu à la cuisine : disposition qui a l'avantage de faciliter le service et d'éviter le refroidissement des aliments par un transport à distance, mais qui présente évidemment aussi des inconvénients qu'il serait superflu de signaler.

La buanderie devra être établie conformément aux progrès de l'hygiène et munie de tout l'outillage moderne : séchoir à air libre, séchoir couvert, séchoir à air chaud, machines à laver, à rincer, à cylindrer ; le tout mis en marche par une force motrice fournie par la vapeur ou par l'électricité. Un appareil à désinfecter le linge est indispensable, et le linge suspect devra être transporté dans des récipients spéciaux.

Le bâtiment d'administration devra être assez grand pour contenir les bureaux du directeur, de l'économe, du chef d'exploitation, de l'inspecteur technique, du receveur, de l'aumônier, de l'instituteur ; plus la bibliothèque des malades, les archives, le laboratoire et la

©BIUM



bibliothèque médicale, et, contiguë à cette dernière, la salle de conférence des médecins. Il devra fournir en outre une salle de réception, une salle d'attente, un parloir pour les malades tranquilles et le logement du portier.

Les ateliers seront assez vastes, la serrurerie et la ferblanterie seront installées assez loin des autres locaux pour que le bruit ne devienne pas incommodant.

Le chauffage sera central, l'étude des lieux indiquera si l'on devra avoir recours à un foyer unique ou à plusieurs foyers disséminés ; en tout cas le chauffage de tous les locaux devra être assuré, ainsi que la répartition de l'eau chaude dans tous les pavillons, la fourniture de l'eau chaude pour les bains, la cuisine et la buanderie.

L'éclairage sera électrique, ce qui demande un bâtiment pour les machines à vapeur et les dynamos. Des accumulateurs y seront installés pour assurer l'éclairage en cas d'arrêt des machines. Des canaux souterrains dans lesquels on pourra circuler commodément donneront passage à la canalisation de l'eau chaude, aux conducteurs d'électricité, aux fils téléphoniques, etc.

L'amphithéâtre comprendra une salle d'exposition des corps, contiguë à une chambre chauffée où pourra se tenir la famille. Il comprendra en outre un cabinet communiquant avec la salle d'autopsie, dans laquelle les cadavres seront montés du sous-sol par un ascenseur, et qui donnera sur une chambre où se feront les recherches d'anatomie pathologique et la conservation des pièces anatomiques. Les recherches microscopiques se feront au laboratoire déjà indiqué.

Les eaux de l'amphithéâtre seront évacuées dans une fosse spéciale et désinfectées.

Deux maisons destinées à servir de « home » au personnel de surveillance sont construites dans le voi-

©BIUM



sinage des quartiers de tranquilles des deux sections. Au premier étage elles ont des locaux permettant aux employés fatigués de se reposer ou de dormir après leur service de nuit.

Au rez-de-chaussée il y a des salles où les employés, en dehors des heures de service, peuvent se reposer ou se distraire. Du côté des hommes est installé un billard ; du côté des femmes des machines à coudre, un piano, une petite cuisine pour permettre de faire quelques petits extra, fort appréciés, paraît-il.

Une cantinière d'âge canonique veille à la propreté de ce « home », tient un petit débit. Des jardins avec tonnelles, parterres, etc., complètent l'idylle. Il faut que, pendant ces heures de loisir, le personnel se sente absolument libre, comme chez soi, pour pouvoir après ces moments de détente revenir en bonne humeur à son service, au grand avantage des malades.

Les logements du directeur, des médecins, du chef d'exploitation, du secrétaire de la direction, des machinistes et chauffeurs, du personnel de surveillance, doivent être à l'asile ; on pourra suivant les circonstances autoriser les autres employés à se loger au dehors.

Pour les eaux ménagères, toutes les eaux vannes et les eaux et matières de vidange, on a recours à la fermentation biologique (système V. Schveder-Grosslichterfelde). Les eaux de pluie sont emmenées directement par un égout ; les autres, ainsi que les matières de vidange, passent par des fosses à fermentation biologique où, sous l'action de bactéries anaérobies, les matières organiques sont réduites. Une écluse périodiquement ouverte laisse écouler de ces fosses le liquide à peu près clarifié et inodore, sans laisser de résidu dans la fosse. Ce système d'écluse peut être remplacé avantageusement par un siphon automatique. Il est impossible de donner ici les détails de construction et de fonctionne-

©BIUM



ment de ce système ; il est appliqué en France, sous le nom de système B. Bezault, par la Société générale d'épuration et d'assainissement (28, rue de Châteaudun, Paris).

L'établissement pour 600 malades comprend donc de 33 à 36 pavillons, tant pour le logement des malades que pour les bâtiments d'administration.

Le docteur Ilberg admet que, pour des raisons économiques, tel ou tel agencement pourra être supprimé ; mais en raison de la nécessité de se procurer de la glace, tantôt dans un but thérapeutique, tantôt pour les services de l'économat et de la cuisine, et vu la réelle difficulté qu'on éprouve dans certains endroits à en trouver, il recommande le système de Kosen et Finck pour la congélation de l'eau.

D'une application facile, et permettant de produire en peu de temps des quantités très grandes de glace, ce système consiste en abrégé en un échafaudage en forme de carré ou de rectangle, qui soutient à deux hauteurs différentes des planchers composés de poutrelles de bois, de telle sorte que les poutrelles de deux surfaces soient perpendiculaires les unes aux autres. Une conduite d'eau amène le liquide au-dessus du plan supérieur, sur lequel il est déversé par des tuyaux en cuivre percés comme des pommes d'arrosoir. En tombant sur le premier plan d'abord, l'eau par une température de 1 degré à 2 degrés se congèle en partie et forme de grands glaçons ; le surplus tombe sur le second plan et s'y comporte de même. Avec un échafaudage de 8 mètres de long sur 4 de large on peut ainsi obtenir en peu de temps 700 quintaux de glace. On recommence l'opération jusqu'à ce qu'on ait une provision suffisante.

(*A suivre.*)

©BIUM

# Revue critique.

## DOCUMENTS D'OUTRE-MER

# LA MAISON DE RÉFORME D'ELMIRA

### DE L'ÉTAT DE NEW-YORK

Par le Dr A. CULLERRE

Personne à l'heure actuelle ne met en doute l'inefficacité du système pénal en usage chez la plupart des nations civilisées. Le délinquant qui a payé sa dette de mois de prison conformément au tarif édicté par le Code, rentre dans le milieu social aussi dépravé, plus même peut-être, qu'il n'en était momentanément sorti et les tentations qui avaient été la cause déterminante de sa première chute, s'offrent de nouveau à ses appétits aiguisés par une abstinence d'autant plus impatiemment supportée qu'elle aura été plus longue. Du moins la société a-t-elle été dédommagée du préjudice qui lui a été causé? Au contraire, car elle a dû supporter, outre les conséquences du délit, les frais de la répression. A-t-elle amendé le coupable de façon à prévenir le retour de sa faute? Pas le moins du monde, car, dans son effort de répression, elle s'est préoccupée du crime sans se soucier du criminel.

Et pourtant, qu'est-il, cet ennemi de plus en plus nombreux, de plus en plus menaçant de la société moderne, sinon le produit d'un ensemble de conditions dont elle est elle-même responsable? Le criminel, c'est le paria des grandes cités, le rejeton du vice, de la misère et de l'alcool. Né dans la boue, il a grandi dans

©BIUM



l'abjection, l'abandon, les promiscuités de toutes sortes. La rue a été son école. Qui a pris soin de lui, qui a veillé sur son éducation, qui l'a mis en garde contre les passions de son âge, les mauvaises fréquentations, les mauvais exemples? Personne. Et pourtant, si parmi tous ces malheureux qui forment l'armée du crime, il en est quelques-uns d'irréductibles parce qu'ils sont frappés d'idiotie morale, le plus grand nombre est accessible aux bienfaits de l'éducation. Ils peuvent être amendés, relevés dans une certaine mesure, mis en garde contre la hideuse récidive et, au lieu d'être à tout jamais pour le milieu social un élément de destruction, en devenir un élément de conservation, sinon de progrès.

Telle semble être l'idée dont s'est inspirée la Législature de l'Etat de New-York quand elle fonda, en 1876, la Maison de réforme d'Elmira dont nous nous proposons d'entretenir ici le lecteur, d'après les documents contenus dans le rapport des administrateurs de cet établissement pour l'année 1902 (1).

La Maison de réforme d'Elmira est destinée à une catégorie de condamnés déterminée par les lois. Il existe dans le Code pénal de l'Etat de New-York un article ainsi conçu : « Tout individu mâle de seize à trente ans convaincu d'un délit et qui n'aura encore subi aucune condamnation à l'emprisonnement dans une prison de l'Etat pourra être, s'il plaît à la Cour, condamné à la détention dans la Maison de réforme de l'Etat, à Elmira, pour y être soumis aux règlements appliqués dans cet établissement et fixés par la loi. » On voit, d'après cet article du Code, que la Maison d'Elmira est réservée aux jeunes sujets susceptibles d'amendement et que les récidivistes en sont soigneusement exclus.

Une loi de 1887 est venue donner à l'établissement son véritable caractère de Maison de réforme en interdisant aux tribunaux de fixer la durée de la peine : « Toute personne reconnue coupable d'un délit punissable d'emprisonnement dans la Maison de réforme de

(1) *Annual report of the New-York State Reformatory at Elmira*, Rapport annuel de la Maison de réforme de l'Etat de New-York, à Elmira, 1902.

©BIUM



l'Etat et qui sera condamnée à y être enfermée, subira sa peine conformément à la loi qui a institué cet établissement, sans que les tribunaux qui auront prononcé la sentence puissent en fixer ou en limiter la durée. Cette durée sera fixée par les administrateurs de la maison de réforme à ce autorisés par la loi. Toutefois l'emprisonnement ne pourra excéder le maximum de durée prévue par la loi pour le crime à l'occasion duquel le prisonnier aura été déclaré coupable et condamné. »

Enfin, en 1900, une nouvelle loi venait encore insister sur ce point capital de l'indétermination de la peine, sans doute méconnu plus d'une fois par les tribunaux encore attachés aux vieilles doctrines juridiques : « Si par mégarde ou autrement une personne est condamnée à l'emprisonnement dans la Maison de réforme *pour un temps défini*, la sentence ne sera pas par là même considérée comme de nul effet, mais le condamné encourra les avantages et les risques de la loi dans la forme et les limites par elle établies, comme si la durée de la peine était restée indéterminée, conformément aux prescriptions du Code pénal. »

Malgré la précision impérative de ces textes, il semble que l'esprit qui les a dictés soit, comme nous le faisions remarquer précédemment, encore mal compris par les tribunaux, car les administrateurs de la Maison de réforme se plaignent qu'on leur envoie parfois des jeunes gens en correction pour un temps déterminé, ce qui non seulement est illégal, mais encore dénature l'esprit et met en échec les méthodes de l'établissement. Sachant que les administrateurs n'ont pas le pouvoir d'abréger leur peine, ces individus se refusent à se plier aux règlements et constituent un élément de désordre pour la maison.

La Maison de réforme d'Elmira est dirigée par une commission de cinq administrateurs et régie par un directeur ayant sous son autorité un nombreux état-major composé d'un sous-directeur, de deux médecins, d'un chef de l'éducation physique, d'un chapelain, d'un chef de l'enseignement, d'un directeur de l'école des métiers, d'un chef de la discipline et de l'éducation militaire et d'un certain nombre de commis et d'em-

©BIUM



ployés. Le système cellulaire y est en vigueur. Il y existe 1.264 cellules. Mais au 30 septembre 1902, la population était de 1.523 détenus, supérieure par conséquent de 259 unités au nombre de places réellement existantes. D'où la nécessité de mettre ensemble deux ou trois détenus dans la même cellule, expédient pernicieux en principe et en fait que déplorent les administrateurs et auquel ils ne voient qu'un remède : ramener le chiffre de la population au nombre de cellules disponibles.

Chaque condamné revient à environ 2 francs par jour, ce qui ne paraît pas très élevé, eu égard à la cherté de la vie et au taux des émoluments des employés aux Etats-Unis. Le travail considérable fourni par la main-d'œuvre des détenus soit en constructions, terrassements, cultures, soit dans les ateliers, vient dans une assez large mesure atténuer les charges de l'Etat.

Dès son entrée à l'établissement, le condamné est conduit au bain et entièrement revêtu de linge et de vêtements nouveaux. Il est ensuite mensuré suivant les règles du système Bertillon. On prend sa photographie et une épreuve en est, ainsi qu'un double de la fiche signalétique, adressée au Bureau central d'identification d'Albany, capitale de l'Etat.

Le détenu est alors conduit devant le directeur, qui lui donne des explications sur sa situation nouvelle, lui fait connaître la nature du délit pour lequel il a été condamné et le maximum de la peine encourue. Il lui donne connaissance des règles de l'institution, lui fait comprendre qu'il en tient en quelque sorte la clef dans ses mains puisque par son application, par ses progrès dans la voie de l'amendement, sa bonne conduite, son souci de prouver qu'il a le ferme propos d'obéir aux lois de son pays, il a les moyens de hâter l'époque de sa sortie conditionnelle.

Il est minutieusement interrogé sur ses antécédents personnels et familiaux, et ses réponses sont consignées sur une feuille d'observation qui est conservée. Lorsqu'il s'est fait une idée suffisante des dispositions du détenu, le directeur dresse une sorte de plan des exercices auxquels il sera soumis dans le but de combler les lacunes de son instruction et de son éducation, de

©BIUM



relever son moral, de développer ses facultés et son organisme physique. Une attention spéciale est accordée à la mentalité du prisonnier ; est-il d'une intelligence inférieure à la moyenne et dans quelle mesure ? Quel est son niveau moral ? Toutes ces observations influent sur le choix des moyens à employer pour l'œuvre de redressement qui va être entreprise.

Un examen médical approfondi est ensuite pratiqué par le médecin en chef de l'établissement, qui en consigne les résultats sur une feuille spéciale, et y joint des indications relativement aux mesures particulières que peut nécessiter l'état de santé du détenu. Celui-ci passe ensuite aux mains de l'officier disciplinaire, qui le met au courant des règlements de l'institution. Puis le directeur des écoles le désigne pour l'une des classes du soir. S'il est trop arriéré mentalement, il est inscrit pour une classe du matin spécialement organisée pour cette catégorie d'individus.

Les après-midi sont consacrés à l'apprentissage du métier qui, lorsqu'il rentrera dans la société, doit lui procurer des moyens d'existence.

Finalement, il est placé dans l'escouade des bleus (1), où il apprendra les exercices militaires et le maniement des armes avant d'être versé dans une des compagnies du régiment. Car la Maison de réforme possède un régiment de 1.200 détenus, avec des gradés choisis parmi eux et des officiers citoyens de la ville d'Elmira. Combinés en vue de l'amélioration physique et morale des détenus, les exercices sont courts et fractionnés ; mais pendant leur exécution, on cherche à obtenir des hommes le plus grand effort possible d'attention et d'énergie.

Pour exciter l'émulation, on a, le dernier samedi de chaque mois, jour militaire, établi un concours de manœuvres entre les diverses fractions du régiment.

Quelques personnes ont, d'une façon absolument erronée d'ailleurs, paraît-il, incriminé ces exercices militaires auxquels elles attribuent l'inconvénient d'entretenir et même d'aggraver les tendances impulsives

(1) Mot à mot : l'escouade des maladroits.

et violentes des prisonniers. Mais d'après le rapport que nous analysons, il y aurait moins de cas d'indiscipline dans la section militaire que dans les autres groupements de l'établissement. Les malingres et les chétifs sont remis spécialement entre les mains du directeur de l'*éducation physique*, qui les soumet à un entraînement systématique par des exercices gymnastiques appropriés. Chaque détenu, avant d'entrer au gymnase est soigneusement examiné par le médecin, qui indique le but à atteindre. Des mensurations périodiques font connaître les résultats obtenus qui sont enregistrés par la photographie. On soumet également à un entraînement physique spécial les individus convaincus d'habitudes d'intoxication, soit par l'alcool, soit par les narcotiques.

Les condamnés à la Maison de réforme forment une catégorie de délinquants qui, à un degré variable, sont des instinctifs, des dégénérés au point de vue physique et moral, des individus enclins au mal par hérédité, par l'exemple pernicieux du milieu, par le manque d'éducation, par l'habitude du vice ; de tels hommes, dit le rapport, doivent sentir la main de fer, mais gantée de velours, de la discipline. Il existe un conseil composé des administrateurs chargé d'appliquer les sanctions répressives. Au premier degré, on inflige la réprimande ; si ce moyen reste inefficace, on fait intervenir les peines suivantes : l'amende, la privation du pécule, la suppression des visites et de la correspondance, le retour à la classe inférieure, le séjour temporaire ou indéfini en cellule, la privation de lit. D'une manière générale on est en garde contre les mesures disciplinaires trop rigoureuses qui sont inopérantes et aggravent les tendances criminelles anormales. Le problème qui se pose est de décourager la faute sans décourager le coupable. C'est une question de doigté. L'expérience démontre que la clémence fait souvent plus que les punitions les plus rigoureuses. « Une discipline judicieuse doit tenir compte du temps, des lieux, des circonstances, de la nature de l'acte et du caractère de l'individu. Efficace le lundi, telle mesure répressive peut rester sans effet le vendredi, toutes choses égales

©BIUM



d'ailleurs. L'effet des troubles atmosphériques sur les prisonniers est bien connu (1). »

Eu égard à leurs antécédants personnels, les détenus sont divisés en trois catégories, ou trois *degrés*, selon l'expression consacrée par la Maison de réforme. A leur entrée, tous les prisonniers sont placés dans le *premier degré inférieur*, qui tient le milieu entre le *premier degré supérieur* et le *second degré*. Par leur bonne conduite et leurs progrès à l'école et au travail manuel, ils peuvent obtenir le passage au premier degré supérieur, tandis que leur manière d'être opposée peut les faire descendre au second degré, le plus bas de l'échelle, qui entraîne le séjour en cellule. Si, en un mois, le détenu est passible d'amendes s'élevant à 3 dollars ou plus, si pendant deux mois consécutifs il a de mauvaises notes, il peut, quand même la somme des amendes subies ne s'éleverait pas à 3 dollars, être ramené au premier degré inférieur s'il est au supérieur, ou au second s'il est au premier inférieur. Pour reconquérir son rang, il lui faut non seulement avoir une conduite irréprochable, mais encore avoir gagné suffisamment pour que, déduction faite des amendes encoures, son compte se balance par un certain avoir.

Le 30 septembre 1902, il y avait 25 hommes dans le deuxième degré pour motifs disciplinaires. C'est à peine 1 1/2 p. 100 de la population.

Les détenus peuvent comparaître tous les trois mois devant le conseil d'administration pour présenter leurs réclamations ou leurs requêtes. Les plaintes sont exceptionnelles ; les seules demandes adressées au conseil ont pour but d'obtenir l'accès des écoles d'instruction ou de métiers. Les entrevues entre détenus et administrateurs ont l'effet le plus favorable sur l'esprit des premiers. Comme exemple des bons résultats obtenus, le directeur donne dans son rapport une conversation qui eut lieu entre un administrateur et un détenu en instance de libération conditionnelle.

Comme l'administrateur lui demandait de comparer sa condition présente avec celle où il se trouvait au

(1) *Loc. cit.*

©BIUM



moment de son entrée, le détenu répondit : « Je suis heureux d'avoir été envoyé ici ; je n'étais jamais allé à l'école et je ne savais pas travailler. Pendant mon séjour dans cette Maison, je me suis instruit, éduqué et, ce qui vaut mieux encore, j'ai appris un métier qui me fournira les moyens de gagner ma vie. »

Chacun des administrateurs a pris l'habitude d'entretenir personnellement chaque mois un certain nombre de ceux des détenus qui ne font pas de progrès, soit par suite de leur insubordination, soit par manque de l'application nécessaire. Les résultats, nous dit-on, compensent et au delà la peine supplémentaire qu'ils se donnent. Des hommes qui, un an plus tôt, étaient au dernier degré de l'établissement sont, grâce aux efforts qu'on a réussi à obtenir d'eux, sur le chemin de la libération conditionnelle. Certains qui semblaient irrémédiablement perdus pour le relèvement ont soudain pris conscience de l'absurdité de leur conduite et sont devenus les meilleurs de l'institution. Cela prouve au moins que tout n'est pas mauvais chez ces hommes, et que la culture de ce qu'il peut y avoir de bon en eux est susceptible d'arriver, sinon à neutraliser, du moins à contrebalancer le mal.

Pour obtenir sa libération provisoire ou sur parole, le détenu doit avoir passé six mois irréprochables dans le premier degré supérieur et avoir trouvé un emploi, de préférence pour l'exercice du métier qu'il a appris à la Maison de réforme, emploi dont les garanties auront été contrôlées et vérifiées par un agent de l'administration. La libération accordée, il devra, pendant une période de six mois au moins, envoyer mensuellement à l'administration un rapport écrit sur sa conduite, sur son travail, sur les économies qu'il a réalisées. Le rapport doit être visé et approuvé par l'agent de la Maison de réforme pour la ville où le libéré travaille, ou par la personne que désigne spécialement la feuille de sortie conditionnelle. Après six rapports de ce genre, dûment approuvés, le libéré provisoire peut demander et obtenir sa libération définitive.

En 1902, le conseil d'administration a tenu quatre séances pour examiner les demandes de libération con-

©BIUM



ditionnelle : 375 hommes l'ont obtenue après avoir reçu du conseil les encouragements d'usage et des recommandations pressantes sur la nécessité d'avoir une conduite irréprochable, de fuir les mauvaises compagnies et de vivre dans une tempérance absolue.

En ce qui concerne ces libérés, une lacune regrettable est signalée par le rapport ; c'est l'absence d'une société de patronage destinée à les suivre après leur sortie, à les soutenir, à leur procurer du travail, à les protéger en un mot pendant cette période critique de leur existence. Beaucoup retournent au crime parce qu'ils sont abandonnés dans la vie, sans parents ni amis susceptibles de les encourager et de les soutenir dans leurs premiers efforts vers la vie honnête.

Voyons maintenant dans quelle mesure les résultats justifient la création et le maintien de la Maison de réforme d'Elmira.

Pendant l'année fiscale 1901-1902, 384 détenus ont été relaxés sur parole. Sur ce nombre, 117 ont été définitivement libérés après les six mois d'épreuve ; 180 n'avaient pas terminé la période conditionnelle, mais tenaient leur parole et se conduisaient correctement ; 2 sont morts étant bien notés au cours de leur période d'épreuve ; 3 ont été autorisés à retourner en Europe ; 1 a été grâcié : ce qui fait un total de 303 individus ayant bénéficié de leur séjour à la Maison de réforme, ou 79 p. 100. Des 81 restants, 65 ou 17 p. 100, ont disparu ou ont subi de nouvelles condamnations ; et 16, soit 4 p. 100 ont été condamnés à réintégrer la Maison de réforme pour violation de parole.

Cette statistique paraît donc justifier la satisfaction que témoignent les administrateurs dans leur rapport à la Législature. « Nous sommes fiers, disent-ils, d'affirmer qu'à l'heure actuelle la Maison de réforme de l'Etat de New-York est à la tête des établissements similaires du monde entier... Durant les vingt-six années écoulées depuis la fondation de l'établissement, 7.394 détenus ont été libérés sur parole. Quelques-uns sont retournés au crime, mais de nos statistiques on peut déduire cette donnée que 78 p. 100 des détenus libérés conditionnellement ont su continuer à marcher dans le droit chemin,

©BIUM



et que 50 p. 100 de ceux qui ont été perdus de vue ne sont pas retombés dans la récidive.

C'est un fait établi que, lorsqu'un homme peut tenir six mois consécutifs la parole qu'il a donnée de se bien conduire en sortant de la Maison de réforme, il doit être considéré comme ayant franchi la zone dangereuse. Presque toutes les infractions à la parole donnée se produisent dans les trois mois qui suivent immédiatement la sortie. Pourquoi cela? Il est difficile de le dire. Il serait à désirer qu'il y eût plus de personnes dévouées pour s'occuper de ces jeunes gens qui vont recommencer une vie nouvelle ; c'est à ce moment surtout qu'ils ont besoin d'une aide secourable, puisqu'il s'agit de les diriger dans la ligne droite pendant quelques mois pour les voir s'y maintenir définitivement. L'Etat ne saurait tout faire. Il est du devoir de chaque citoyen de tendre une main secourable à celui qui tombe dans le fossé de la route. »

Il me reste, pour terminer, à résumer quelques documents épars dans le volumineux rapport que nous analysons et dont le côté psychologique peut intéresser particulièrement nos lecteurs.

La population de la Maison de réforme peut, selon le directeur, être divisée en deux groupes : Ceux qui sont susceptibles d'être amendés moralement, et ceux qui se montrent réfractaires aux méthodes de l'établissement. Ce groupe est surtout formé de dégénérés, d'imbéciles, d'amoraux et d'idiots. C'est parmi eux que se recrutent les récidivistes. Pour eux, la discipline et les méthodes de l'institution ne conviennent pas et ne donnent aucun résultat avantageux. Il faudrait pour cette catégorie d'individus une institution où la discipline serait moins sévère, les méthodes mieux appropriées à leurs défectuosités psychiques.

Sur les 811 détenus admis pendant l'année, dit le médecin en chef dans son rapport, 130 ont été dès leur entrée reconnus d'une mentalité défectueuse, et l'observation ultérieure des sujets supposés normaux à un premier examen est venue grossir considérablement ce nombre. Cette catégorie d'individus forme environ le cinquième de la population. Pour eux, le but de la

©BIUM



Maison de réforme, qui est de préparer des hommes à prendre dans la société une place non au dernier rang des travailleurs, mais dans la classe des artisans et des ouvriers d'industrie, ne saurait être atteint. Ce sont des dégénérés, des débiles physiquement et mentalement, incapables du moindre effort, de la moindre attention. Sortis de l'écume des villes, ils n'ont eu ni foyer ni tutelle familiale, n'ont appris aucun métier et ont vécu à l'état de vagabondage. D'autres ont été élevés dans les hospices, et y ont pris des habitudes d'esprit qui éloignent d'eux tout désir d'être libres et de participer à la vie sociale. Ils sont d'une dépravation inouïe, surtout au point de vue sexuel. Tous ces individus sont des recrues toutes prêtes pour les associations de malfaiteurs. Ils n'ont aucune notion du bien et du mal. Ils mentent partout et toujours, inconsidérément, et alors même que le mensonge peut leur nuire. Ils n'ont même pas conscience du motif qui a justifié leur arrestation. Pour eux, l'idée de repentir ou d'amendement n'a pas de sens. Les succès si réels et si remarquables obtenus par la Maison de réforme, conclut l'honorable docteur, dépendent presque exclusivement de ce fait que chaque détenu y est l'objet d'une étude particulière et d'un traitement personnel. Il est évident que cette étude individuelle est encore plus nécessaire pour les défectueux que pour les normaux. Malgré tout, une partie des anormaux peut être améliorée et rendue à la vie sociale. Quant aux incurables, ils devraient être écartés de la Maison de réforme et enfermés dans un établissement approprié où leur maintien pour la durée de la vie entière les mettrait dans l'impossibilité de se reproduire, de perpétuer leurs tares et de faire supporter à la société les conséquences nuisibles de leur irresponsabilité.

Enfin, un certain nombre d'aliénés se glissent aussi parmi les nouveaux admis. Au cours des années dernières on a été obligé d'en évacuer une moyenne de 30 à 40 sur divers établissements d'aliénés criminels. La moitié de ces aliénés sortent d'asiles pour jeunes délinquants et de pénitenciers. « Il est digne de remarque, dit le rapport des administrateurs, que, bien que considérés comme n'en étant qu'à leur premier délit, près de

©BIUM



la moitié de ces hommes ont séjourné plus ou moins longtemps dans des établissements de jeunes criminels, et nous persistons à penser que leur nocivité prend sa source dans le trouble de leur intelligence plutôt que dans des dispositions vicieuses. » Ils prennent texte de cette constatation pour demander qu'une classification plus méthodique des criminels soit adoptée, et qu'on débarrasse la Maison de réforme de toutes les catégories de détenus qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des méthodes de l'établissement, et particulièrement les tuberculeux, qui sont un danger permanent de contagion, les débiles, les imbéciles et les épileptiques.

©BIUM

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

## SÉANCE DU 30 AVRIL 1906

**Présidence de M. MARCEL BRIAND.**

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

MM. Mitivié, membre honoraire, Gimbal, Giraud, Lapointe, Mignot et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Deny, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. Page, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Luigi Cappelleti, directeur du Manicome provincial de Pesaro (Italie), sollicitant le titre de membre associé étranger. Commission : MM. Antheaume, Christian et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude de droit* ; par M. Legrain ;

2° *Sur le traitement antithyroïdien de la maladie de Basedow*, par M. Erwin Stransky ;

3° *L'Encéphale*, n° 2 ;

4° *L'Information des aliénistes et neurologistes*, n° 2 ;

5° *Revue de l'hypnotisme*, numéro d'avril ;

6° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de mars ;

7° *La Normandie médicale*, numéro d'avril ;

8° *Bulletin officiel du XV^e Congrès international de médecine* ;

9° *L'Etoile bleue. Ligue nationale contre l'alcoolisme*, numéro d'avril.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, depuis notre dernière séance le martyrologe des médecins aliénistes s'est enrichi d'un nouveau nom, celui de notre collègue M. le D^r Thivet, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). Vous vous rappelez l'intéressante communication qu'il nous a faite, il y a quelques semaines, sur un militaire réellement aliéné et simulant la folie. C'est cet individu qui l'a blessé dans les circonstances suivantes : au moment où M. Thivet s'approchait de lui, l'aliéné, qui tenait à la main un goulot de bouteille, s'est précipité sur notre collègue et l'a frappé à la face avec cet engin qu'il avait pu dissimuler. Fort heureusement l'œil fut épargné. Deux infirmiers furent également légèrement blessés en désarmant l'agresseur.

Notre secrétaire général s'est déjà fait notre interprète auprès de M. Thivet pour lui adresser tous nos regrets à l'occasion du danger qu'il vient de courir et le féliciter d'avoir échappé à son meurtrier.

## Délire mystique causé par les pratiques du magnétiseur Philippe,

par M. PAUL DUHEM, médecin adjoint du sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

Tous ceux qui se sont occupés de spiritisme sans parti pris et sans arrière-pensée ont été unanimes à déplorer les troubles mentaux que ces pratiques pouvaient occasionner chez les cervaux faibles, mal organisés, ou présentant une tare dégénérative quelconque. La singulière thérapeutique que le magnétiseur Philippe employait de son vivant à Lyon, n'a à vrai dire que des rapports éloignés avec les doctrines spirites. Cependant, par le fait même qu'il fait intervenir les puissances supérieures dans l'ordinaire de la vie et qu'il professe une théosophie qui le fait classer parmi

©BIUM



les occultistes, il agit de la même façon sur l'esprit de ses adeptes, et l'observation que je vais rapporter ici prouve qu'au point de vue mental il arrive aux mêmes résultats.

Le malade, victime de ce charlatan qui eut pendant sa vie une notoriété malheureusement trop grande, est actuellement âgé de quarante et un ans. Pas d'antécédents héréditaires directs. Pour lui, il était dans son enfance fort et bien constitué. Fièvre muqueuse et jaunisse avant onze ans. A onze ans, il commence à souffrir de l'estomac (vomissements sans douleurs et presque sans efforts après les repas), mais il n'y prête pas attention et n'en parle même pas à ses parents. Son éducation se poursuit dans des principes religieux ridiculement étroits.

Se sent très nerveux dès cette époque, pleure pour la moindre contrariété, pour le moindre échec dans ses études. Son caractère devient bien vite ombrageux et irritable en même temps que progresse l'affection de l'estomac accompagnée de troubles de la sensibilité générale (éructation, aigreurs, brûlures, extrémités refroidies, etc.), les digestions deviennent très pénibles et il se décide à consulter un médecin, qui le traite sans résultats.

A partir de seize ans, il est obligé de suspendre ses études, il devenait incapable d'aucun travail. La fatigue cérébrale devient intense et il se met à courir les médecins et les villes d'eaux, son estomac le faisant toujours souffrir. Mais toute son odyssée médicale le laisse en fin de compte de plus en plus faible et amaigri. Il décline de plus en plus, a toujours les pieds glacés, est constipé de la façon la plus intense et ne pèse plus que 33 kilogrammes.

En 1887, sous l'instigation de Glénard, de Lyon, il fait une cure à Vichy. Il commence par s'en trouver mieux ; mais alors qu'il assiste à un véritable réveil de sa sensibilité et de ses sens, il s'excite et s'exalte, l'amour humain le tourmente en même temps qu'il se livre à des excentricités dans l'ordre religieux. Mais l'amélioration physique disparaît vite et il retombe de nouveau. Deux fois il renouvelle ce traitement mais sans résultats.

Il rentre chez lui et cherche à s'occuper de dessin, de peinture et de littérature, mais tout travail lui devient vite impossible. « Il sent, dit-il, tout effort exercer sur le système nerveux une tension qui l'accable et réagit sur son estomac pour le faire se crisper et se contracter, d'où éructation et besoin de vomir. » Il me dit encore que ses maux d'estomac dépendent moins de sa digestion que de son état mental qui est déplorable.

©BIUM



A toutes ces misères s'ajoutent encore par la suite une irritation vésicale douloureuse, une sensation d'étouffement, de resserrement et de manque d'air qui l'épuise et l'empêche de suivre une conversation. Son cerveau est le siège d'engourdissement pénible ; il a les idées confuses, la mémoire lui fait défaut, il ne peut avoir la moindre certitude et a des idées fixes. Il voit trouble, peut à peine lire et causer et ne peut supporter aucun bruit.

Bien que ce malade ne veuille subir de ma part aucun examen médical, j'examine cependant sa sensibilité et je constate : diminution très sensible au niveau de la face externe des bras et sur le cuir chevelu ; anesthésie au niveau de la région épigastrique ; sur les joues et le front hypoesthésie notable, ainsi que sur la face externe des cuisses et des jambes ; abolition presque complète de la sensibilité à la plante des pieds.

Tel est dans ses grandes lignes le malade qui, en 1901, alla se soumettre au traitement du magnétiseur Philippe.

Il arrive vers 2 heures rue Tête-d'Or, n° 35, à Lyon. C'est là, dans une grande salle, que le guérisseur accomplit ses prodiges.

Plus de cent personnes s'y trouvaient déjà et M. Philippe allait de l'une à l'autre, prophétisant d'un ton inspiré la guérison ou l'amélioration au nom du Seigneur dont il n'est, dit-il, que l'exécuteur des volontés sur la terre.

Arrivé près de notre malade, il ne lui laisse pas le temps de s'expliquer et lui dit : « Tu as beaucoup souffert, le ciel t'accorde la guérison. » Puis il le prit par la main et lui fit faire quelques grandes enjambées dans la salle, au grand étonnement du malade qui s'attendait à ressentir des douleurs à l'estomac et à ne pouvoir respirer dans une salle où plus de cent personnes étaient entassées et où il faisait très chaud. Puis le guérisseur passa à d'autres, citant à tout propos des textes chrétiens et faisant des réflexions empreintes du plus grand mysticisme.

Au bout d'un moment il fait faire le silence. Il se recueille quelques instants, puis se promenant dans la salle en faisant des gestes particuliers de la main, il dit : « Vous devez ressentir un air frais sur la tête », et chacun de répondre : « Oui monsieur. » — « Vous devez sentir comme un frissonnement sur la colonne vertébrale. » — « Oui monsieur. » Pour ce qui le regarde, le malade m'a déclaré très nettement n'avoir jamais ressenti les sensations indiquées. Cependant il était tellement content d'avoir fait quelques pas et d'être resté dans cette salle sans avoir éprouvé ses malaises ordinaires, qu'il se retira enchanté après avoir versé son aumône soi-disant destinée aux pauvres.

©BIUM



Il y retourna le lendemain, mais ce jour-là M. Philippe était absent et remplacé par son élève M. Chappaz. Rien de particulier ne se passe pendant cette séance si ce n'est qu'il entend de toutes parts exalter les vertus de M. Philippe et qu'on dit à toute l'assistance que tous ceux qui sont présents ressentiront un grand bien-être vers 11 heures du soir. Notre malade attend l'instant avec émotion et il ne s'aperçoit de rien.

Nouvelle séance le lendemain avec M. Philippe. C'est la répétition de celle de l'avant-veille avec des guérisons et des améliorations diverses qui impressionnent toujours de plus en plus notre malade.

Il rentre dans son pays, et, me dit-il, il éprouva pendant une quinzaine de jours des jouissances exceptionnelles au point de vue religieux. « Mon esprit semblait s'élever à des hauteurs nouvelles et découvrir partout des harmonies jusque-là insoupçonnées entre le dogme religieux et les vérités naturelles. Le tout s'identifiait en un seul être, Dieu. »

Certaines nuits l'impression du divin était si forte qu'il sanglotait d'émotion, se croyant indigne des faveurs divines qui se révélaient par des « *visions* ». Le délire qui chez lui était près d'éclore n'entretint pas l'amélioration physique, et quelques mois plus tard il retourna à Lyon consulter son thaumaturge.

Le « Maître » était absent, mais les séances n'en avaient pas moins lieu, et il y régnait une exaltation religieuse et mystique considérable. La foi pénétrait tous les assistants, les conversations y étaient des plus édifiantes, l'Evangile en faisant tous les frais. On représente M. Philippe comme un apôtre, un nouveau « curé d'Ars » à qui Dieu, de même qu'aux temps apostoliques, a accordé le don de guérir; c'est un théologien qui, par les seules vertus de la foi et de la charité, remet les péchés, guérit les malades et possède même le don de divination. Malgré tout, sa maladie ne faisant aucun progrès, après quelques mois de repos à la campagne, il fait un troisième voyage à Lyon. On lui raconte alors chez M. Philippe les choses les plus invraisemblables et les plus propres à engendrer ou à entretenir des idées délirantes. On lui dit que sa maladie est un « *envoûtement* » dont les causes ne sont pas naturelles. M. Philippe qui croit à la réincarnation lui dit que c'est une « *obsession* ». Dans une incarnation antérieure il a fait du mal à l'un de ses semblables dont l'âme aujourd'hui s'attache à lui pour le tourmenter et produire son état de souffrance actuelle qui est l'*obsession*. « Nous serons punis par où nous avons péché, ajoute-t-il; si par exemple un jeune homme viole une jeune fille, il deviendra jeune fille et subira le même sort. » Cela est une partie de la doctrine appelée le « Magnétisme spirituel ».

©BIUM



Mon malade emporte de ce troisième voyage à Lyon une impression étrange. Il réfléchit constamment aux théories occultes qui ont été exprimées devant lui, et cherche dès lors pour son compte à acquérir la perfection absolue. Il s'étudie à prier avec ferveur, à pratiquer la charité, la foi, et l'humilité. En même temps il se livre à une sorte d'enqnête sur M. Philippe, et comme il ne voit et ne cherche à voir que des adeptes de ce charlatan, cela ne contribue qu'à l'ancrer davantage dans sa foi et sa conviction.

Pendant ce temps là, la santé physique allait toujours déclinant et le voilà au printemps de 1902 de nouveau sur le chemin de la demeure du magnétiseur de Lyon.

Dans cette dernière visite M. Philippe ne lui dit qu'une seule parole : « Je travaillerai pour vous. » Mais tout ce qui se passa frappa tellement son esprit qu'il crut le guérisseur directement inspiré de l'Esprit Saint. Je ne puis retracer le tableau de tout ce que notre malade entendit au cours de cette séance où tout le monde était dans un état d'exaltation extraordinaire, où ce pontife étrange clamait les principes d'abnégation et de vertu pour atteindre la vraie lumière, la vraie science d'omnipotence qui est Dieu. Notre malade sortit de là extrêmement surexcité. Il se rendit à un sermon dans une église lyonnaise où il éprouva le besoin de baiser plusieurs fois les pieds d'une statuette de saint Pierre. Rentré chez lui, il priait à haute voix dans sa chambre, se prosternait et pleurait d'émotion à chaque instant. En même temps son état physique s'améliorait ; il pouvait marcher et courir sans fatigue. Ne suivant plus, suivant les conseils de M. Philippe, que les conseils de son cœur, et méprisant la raison, il se mit à accomplir une série d'extravagances extraordinaires. Il se sentait comme une pile chargée d'électricité. Les actes qu'il accomplissait lui paraissaient comme inspirés par une volonté étrangère, comme lors du premier accès qu'il avait eu à Vichy, mais d'une façon beaucoup plus intense.

En pleine place publique il se prosternait contre terre en attestant bien haut de sa dévotion à la Sainte Vierge. De plus une explosion violente des désirs de la chair se faisait en lui au point qu'il se croyait possédé par l'esprit du mal sous l'empire duquel il était entraîné à des actes et à des paroles destinés à lui faire perdre la pureté. Il s'imaginait être en purgatoire et que son corps changeait de nature... qu'étant mort avec le Christ il allait ressusciter avec lui, etc., etc. Il voyait des tableaux symboliques se fixer devant lui sur la muraille, et il ne cessait de parler et de chanter avec une volubilité extraordinaire.

Bref, devant cette explosion de symptômes, ses parents le

©BIUM



firent interner à l'asile de Bourg-en-Bresse, où au bout d'une demi-douzaine de mois il recouvrait au moins la santé morale; mais son état physique qui avait paru se relever retomba entièrement, et il reste aujourd'hui plus fatigué et plus faible que jamais.

Telle est l'histoire de ce malade. Je la considère comme curieuse au point de vue de l'étiologie de ses crises de délire mystique. Sans doute, c'est un prédisposé qui présente les troubles nerveux les plus variés dont je n'ai pu énumérer qu'une partie. Mais je suis bien convaincu que sa grande crise de mysticisme n'aurait pas eu lieu s'il n'avait pas fréquenté la maison de M. Philippe. Si l'éducation religieuse du malade le pousse à la dévotion, son tempérament exagère ses tendances ; mais, et c'est là-dessus que je tiens à attirer l'attention, ce ne sont là que des prédispositions et des tendances, le fait brutal et tout à fait déterminant provient du magnétiseur.

Quant à ce dernier, bien qu'il soit mort actuellement, il a légué à ses disciples son école qui existe encore, troublante pour la santé morale de ses clients. Car si elle ne constitue pas toujours la cause essentielle de l'éclosion du délire chez certains dégénérés. elle peut être très souvent la cause occasionnelle qui détermine chez ces malades l'entrée à l'asile.

Je place donc M. Philippe, sa méthode de cure, et toutes les officines analogues au même rang que les séances de spiritisme, comme élément étiologique de certaines maladies mentales. Je considère que c'est un véritable danger de les laisser subsister plus longtemps, à l'heure actuelle où les efforts continus de la science cherchent à déloger de leurs derniers repaires, pour les détruire, les superstitions d'origine religieuse ou non dont nos cerveaux ont plus ou moins été imprégnés dans notre enfance. Le spiritisme et l'occultisme, en particulier, ont déjà fait trop de victimes, et j'estime qu'il serait presque du devoir des aliénistes d'intervenir auprès des pouvoirs publics pour chercher à obtenir l'interdiction de toutes les manifestations de ce genre.

©BIUM



## Troubles mentaux consécutifs à un accident du travail. — Rôle du médecin d'asile,

par MM. VIGOUROUX et DELMAS.

Nous avons l'honneur de communiquer à la Société les observations de deux malades, traités à l'asile de Vaucluse, qui ont présenté des troubles psychiques à la suite d'accidents du travail ; et, à ce propos, nous voudrions vous soumettre quelques réflexions sur l'application à ces malades internés, de la nouvelle loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, ainsi que sur la conduite que doit tenir le médecin traitant dans la délivrance et la rédaction des certificats à lui demandés sur l'état de ces malades.

OBS. I. — L..., Lucien, âgé de vingt-neuf ans, est entré dans le service le 25 décembre 1905. D'après les renseignements fournis par sa famille, il n'a pas d'antécédents héréditaires psychopathiques ni d'antécédents personnels. Né à terme, sans difficulté, il n'a jamais présenté de maladie grave, et a parlé et marché à l'âge normal. A l'école, il s'est instruit facilement et jamais son caractère ne s'est montré difficile ou émotif. Au contraire, orphelin dès l'âge de seize ans, et se trouvant l'aîné de plusieurs frères et sœurs, il a aidé sa mère à les élever et s'est montré toujours intelligent, actif et énergique.

Le 8 mars 1905, il est victime d'un accident du travail : monté sur une échelle, il tombe d'une hauteur de $2^{m}50$ sur les pieds, puis sur le dos.

Le 11 mars son médecin lui délivre le certificat suivant : « Entorse du pied droit ; quinze jours de repos au lit. »

Cependant il souffrait non seulement de la cheville droite, mais de la jambe et de la cuisse du même côté, et jusqu'à la hauteur de la colonne dorsale. Aussi malgré de nombreuses tentatives pour reprendre son travail, il dut rester alité jusqu'au mois d'août, c'est-à-dire plus de quatre mois.

Son état général n'était pas resté indemne ; il avait présenté dès le début de l'insomnie, des cauchemars et, quinze jours après l'accident, une crise nerveuse, au cours de laquelle, dit la mère, il se débattait et criait : « Assez, assez », comme si on l'avait frappé. Il avait aussi peur de mourir et n'aurait pas voulu s'endormir par crainte de ne plus se réveiller.

©BIUM



En septembre et en octobre, il va mieux et commence à s'occuper dans son jardin ; mais il reste faible et conserve une gêne très douloureuse dans la région dorsale.

Il était en outre très préoccupé par le règlement de l'indemnité à laquelle il avait droit. Il n'avait pas fait de déclaration à la mairie, ni constitué d'avoué, et son patron l'avait prévenu que la Compagnie d'assurances ne lui verserait rien avant la fin de sa maladie. Il consentit toutefois à lui avancer une somme de 200 francs.

Dans les premiers jours de novembre, le malade va voir sa sœur et se plaint à elle d'être surveillé chez lui et de ne pouvoir sortir sans être suivi.

Le 10 novembre 1905, il va à L... se plaindre au juge de paix parce que son patron ne veut pas lui payer son demi-salaire, bien qu'il ne puisse se livrer à aucun travail. Le juge de paix lui conseille d'aller demander un nouveau certificat à son médecin et de le lui apporter. Au lieu de suivre ce conseil, il vient à Vanves chez son frère, et là s'excite et se livre à des actes déraisonnables qui provoquent son internement.

Le Dr de Clérambault fait le diagnostic suivant : « Excitation maniaque, agitation motrice intermittente très violente. Préoccupations depuis plusieurs mois (pénurie familiale, disputes, etc.). Traumatisme invoqué. Réaction inégale des pupilles. »

Le Dr Magnan ne fait pas mention du traumatisme et porte le diagnostic de débilité mentale avec alcoolisme.

A son arrivée dans le service, L... ne porte aucune trace de contusion ou de traumatisme ; il ne présente aucun symptôme d'hystérie. Il a de nombreux stigmates de dégénérescence : étroitesse du front, asymétrie faciale, forme ogivale de la voûte palatine et enfin une absence congénitale des muscles grand et petit pectoral du côté droit. L'examen somatique révèle en outre des intermittences du pouls très nettes dans la station debout et un léger tremblement émotif des doigts et de la langue.

Au point de vue mental, il présente des alternatives de confusion mentale avec tendance à la dépression et d'excitation avec chants, cris, actes incohérents et à caractère impulsif. Dans l'intervalle il est calme, conscient de son état et à même de donner des renseignements précis sur lui-même et sa vie antérieure.

Disons de suite que cet état mental ne subit aucune modification pendant les trois mois que le malade a passés dans le service avant son transfert à l'asile de Clermont (Oise).

Quelques jours après l'entrée du malade dans le service, la préfecture de police avait transmis au directeur de l'asile de

©BIUM



Vaucluse, avec « prière si possible de satisfaire au désir exprimé », une lettre du juge de paix de L... adressée au procureur de la République et demandant si le médecin traitant de l'asile ne pourrait pas délivrer un certificat établissant que l'état dans lequel se trouvait le malade pouvait parfaitement venir de l'accident du 8 mars.

Quelle devait être la réponse? D'une part nous avions les renseignements fournis par le malade et par sa mère et sa sœur, mais aucun moyen de les contrôler.

D'autre part, et c'est là le point qu'il nous paraît intéressant de discuter avec vous, en nous prononçant sur le rôle pathogénique du traumatisme, n'était-ce pas empiéter sur les droits du médecin expert et rendre son rôle plus difficile?

L'un de nous a répondu par le certificat suivant : « L... est atteint de confusion mentale avec alternatives de périodes de calme avec conscience assez nette de sa situation, de périodes d'excitation pendant lesquelles il chante, quitte son lit sans motif, accomplit des actes impulsifs, et de périodes de dépression au cours desquelles il reste immobile et muet.

« D'après les renseignements fournis par la sœur et la mère du malade et par lui-même, ces troubles mentaux auraient succédé à un état de neurasthénie avec faiblesse musculaire, douleurs dans le dos, etc., qui eux-mêmes auraient eu pour cause une chute d'une échelle s'étant produite le 6 mars. Depuis cette époque, le malade n'aurait plus été en état de travailler et de plus il aurait rencontré de grandes difficultés dans le règlement de l'indemnité que lui devait son patron.

« Il est certain que les ennuis et les tracas que lui a causés le règlement de cette affaire mal engagée, que les démarches inaccoutumées qu'il a dû faire à ce sujet lui ont procuré un véritable surmenage émotionnel qui doit entrer en ligne de compte parmi les causes principales de la genèse des troubles mentaux actuellement constatés. Mais sur le point de savoir s'il est possible d'établir un rapport direct de cause à effet entre le traumatisme du 6 mars et les troubles mentaux apparus le 15 novembre, je ne crois pas pouvoir répondre, considérant comme indispensables les éléments d'appréciation que pourrait fournir une enquête sur l'état mental du sujet avant et immédiatement après l'accident. »

Dans les certificats d'entrée et de quinzaine l'existence de préoccupations résultant de l'accident du travail avait été notée; l'administration préfectorale s'intéressa à l'affaire et le chef du 2e bureau de la tutelle des aliénés nous fit demander si le malade avait constitué avoué, s'il avait obtenu une indemnité, etc.

De telle sorte que les intérêts de notre malade se trouvaient

©BIUM



complètement sauvegardés par l'Administration qui se substituait à lui.

La seconde observation concerne également un accident du travail qui présente de l'hystéro-traumatisme se compliquant d'idées hypocondriaques de persécution.

Les idées délirantes et une fugue hystérique sont apparues alors que le procès était engagé et que la procédure suivait son cours. A peine fut-il entré dans le service, que l'avoué de l'Administration demandait un certificat de situation qui fut délivré, et que la femme du malade m'en faisait demander un autre établissant les rapports de l'état de démence présenté par son mari et le traumatisme ; ce certificat ne fut pas délivré.

Obs. II. — L..., âgé de trente-quatre ans. Bien portant jusqu'au 25 avril 1905; à cette date il a été frappé par une pièce de fer qui a amené une fracture des cinquième et sixième côtes du côté droit et une plaie du crâne du côté gauche. A la suite de cet accident, il a été traité pendant un mois à l'hôpital Cochin, puis séjourne un mois à Vincennes, d'où il sort après consolidation complète des côtes fracturées et après guérison de la plaie du cuir chevelu.

Néanmoins il souffre toujours au niveau du sein droit; il présente de la céphalée tenace et du côté du bras droit une impotence fonctionnelle presque complète. Il actionne la Compagnie d'assurances, obtient le demi-salaire jusqu'au mois d'août et 20 francs par mois depuis cette époque. Il se trouve très mal traité par la compagnie, croit être « roulé » par tous les avoués, les avocats, les médecins et continue son procès.

Le samedi 17 mars, après avoir fait lever sa petite fille et l'avoir installée au travail, il part de chez lui, perd conscience de ses actes, et après avoir longtemps marché droit devant lui reprend connaissance trois jours après à Etampes. Sa femme, prévenue, va le chercher et le fait entrer à l'asile Sainte-Anne, où le Dr Magnan note la dépression mélancolique, les préoccupations hypocondriaques pour lesquelles il invoque des habitudes alcooliques niées par le malade. Il ne fait pas mention du traumatisme antérieur.

A son arrivée dans le service, L... a l'aspect d'un homme profondément déprimé. Il est amaigri; poids : 53 kilogrammes; taille : 1m 62. La pupille droite est plus grande que la gauche. Il y a des troubles de la sensibilité : hypoesthésie du bras gauche, anesthésie pharyngienne. Pas de rétrécissement du champ visuel. La force musculaire du bras gauche est très diminuée, bien que les différents muscles réagissent très bien à

©BIUM



l'excitation électrique. Enfin, pour ce même bras, perte de la notion de position. Le pouls est rapide.

Le malade présente à la région fronto-pariétale gauche une cicatrice non adhérente au crâne; les cals des côtes fracturées ne sont pas perceptibles.

L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal, sauf une légère diminution de l'acide phosphorique : 2,06 au lieu de 2,60 et un excès de NaCl : 31 au lieu de 11 à 12.

Au point de vue mental, hypocondrie marquée : il a des os brisés dans le crâne et dans le corps, le poumon gauche est perforé, parce qu'il a rendu du sang par l'anus, etc. Les médecins ne savent pas ce qu'il a et ne pourront pas le guérir ; jamais il ne pourra retravailler. Et pourtant la Compagnie d'assurances ne veut pas le payer ; elle a acheté son avocat et son médecin qui se sont ligués contre lui.

Il se plaint de céphalées continuelles et de cauchemars. Il sait qu'il a fait une fugue de trois jours et se rappelle très bien les événements qui l'ont précédée ou suivie.

Son état est resté stationnaire depuis son entrée.

Pour ce malade, comme pour le précédent, la Préfecture a transmis une demande de certificat de situation pour M. Léger, avoué de l'Administration. Voici le certificat qui fut rédigé à cet effet : « L... présente de la dépression mélancolique avec idées hypocondriaques et des idées vagues de persécution ; accidents hystériques, parésie musculaire du bras gauche, hypoesthésie. Perte de la notion de position de la main gauche, maux de tête, cauchemars, etc. Très découragé, il croit que jamais il ne pourra reprendre son travail et il accuse la Compagnie d'assurances d'avoir mal agi à son égard. Fugue hystérique récente d'une durée de trois jours ayant motivé son entrée à l'asile. »

Dans ce certificat l'existence même de l'accident du travail n'est pas notée; cet accident en effet était connu et avait provoqué des poursuites judiciaires.

Quelques jours plus tard la femme du malade nous faisait demander un certificat relatant la cause de démence de son mari et nous priant de l'aider à démontrer que celui-ci n'avait pu devenir fou qu'à la suite de cet accident.

Nous prononcer dans cette affaire, c'était empiéter sur le rôle des experts ou peut-être même nous trouver en contradiction avec leurs conclusions déjà formulées ; aussi avons-nous refusé de répondre, nous bornant à renvoyer au certificat adressé à l'avoué de l'Administration.

Dans ces deux observations, nous nous sommes trouvés en présence de malades, victimes d'accidents du travail, pour lesquels une procédure spéciale édictée par la

©BIUM



loi de 1898 était déjà engagée (déclaration de l'accident au juge de paix, rapport médical, etc.).

Dans les cas de ce genre, l'apparition de troubles mentaux constitue une complication nouvelle dont les rapports avec le traumatisme initial n'ont pas été affirmés par une expertise ; d'autre part, l'état mental de ces malades et leur internement même les mettent dans une situation toute spéciale en les empêchant d'intervenir par eux-mêmes dans la procédure engagée, de faire une déclaration de cette nouvelle complication, etc. Enfin les malades internés se trouvent confiés aux soins de médecins traitants qu'ils n'ont pas choisis.

Ce sont là des conditions nouvelles qui donnent aux médecins chefs de service des obligations nouvelles.

Dans le cas où, à la suite d'un accident du travail, la procédure a été commencée, le médecin averti par le malade ou sa famille doit dans ses certificats d'entrée et de quinzaine noter, à la suite de l'exposé de l'état mental du malade, l'existence du traumatisme et les suites judiciaires qu'il a eues. De la sorte, en effet, l'Administration avisée peut s'occuper des intérêts spéciaux que cet accident a créés à l'aliéné.

Nous avons vu que dans nos deux observations, le service de la tutelle des aliénés avait été saisi de l'affaire.

Mais dans ses certificats, le médecin ne doit pas affirmer les rapports qui peuvent unir le traumatisme et les troubles mentaux ; à plus forte raison doit-il s'abstenir d'affirmer ces rapports dans des certificats que lui demanderaient la famille et l'avoué du malade.

Le médecin, en effet, n'est pas à même de se faire une opinion exacte sur le début et la marche des troubles pathologiques, d'ordre divers, qui ont succédé au traumatisme initial. Seul, l'expert nommé par le Président du tribunal, ayant à sa disposition le dossier de l'enquête, pourra se prononcer avec compétence ; tandis que le chef de service ne peut puiser ses renseignements qu'auprès du malade et de ses parents, personnes intéressées et toujours suspectes de simulation ou d'exagération, comme l'ont bien fait remarquer MM. Marie et Viollet, dans leur communication faite ici même. (25 avril 1904.)

A côté de ces cas où déjà une procédure a été engagée au su du médecin et dans lesquels celui-ci n'a qu'à signaler l'état de l'affaire, tel qu'il le connaît, à l'Administration, il est d'autres cas où des troubles mentaux, ayant provoqué l'internement, ont succédé à un accident du travail dont la déclaration même n'a pas été faite. C'est par l'examen direct de l'aliéné ou par les renseignements donnés par sa famille, que le médecin a connaissance de cet accident, auquel il attribue une importance étiologique. Dans ces cas, il est du devoir du médecin chef de service de signaler dans ses certificats la possibilité d'un rapport de cause à effet entre le traumatisme et les troubles mentaux, en indiquant que l'intérêt de l'aliéné commande de faire une enquête sur ce sujet et de suivre la procédure de la loi sur les accidents du travail. L'intervention de l'Administration aura pour résultat de sauvegarder les intérêts de l'aliéné, et même, dans certains cas, de faire supporter les frais d'hospitalisation à une compagnie d'assurance responsable.

DISCUSSION

M. VALLON. — Les questions de troubles mentaux se produisant comme complication d'accidents du travail sont très difficiles à résoudre. Lorsque le médecin agit comme expert, il reçoit des magistrats les documents réunis par l'enquête. Mais le médecin d'asile n'a pas ces documents à sa disposition. Il est donc prudent, pour lui, de s'abstenir de donner un avis sur un cas soumis à son observation. Un médecin d'asile qui viendrait à affirmer dans un certificat un rapport de cause à effet entre un accident et des troubles mentaux, s'exposerait même à être poursuivi pour faute dans l'exercice de sa profession.

Ce n'est pas seulement par prudence, mais encore par honnêteté, que le médecin doit s'abstenir de se prononcer puisqu'il ne possède pas d'autres éléments d'appréciation que les renseignements fournis par le malade et sa famille, personnes intéressées. Enfin, fournir un certificat sur la demande d'un tiers serait violer le secret professionnel. Le médecin d'asile ne peut avoir

©BIUM



aucun scrupule à refuser un certificat dans ces circonstances, car le sinistré a droit à l'assistance judiciaire et les frais d'expertise ne sont pas à sa charge.

M. Vigouroux. — Je me suis demandé si nous ne devions pas, dans certains cas, en vue de l'intérêt de nos malades, mentionner dans nos certificats la possibilité d'une relation entre un accident et des troubles mentaux. Il me semble qu'on devrait le faire quand il s'agit d'un malade placé d'office, sans famille pouvant s'occuper de lui, qui prétend avoir été victime d'un accident du travail.

M. Giraud. — L'Administration, en effet, doit procurer à l'aliéné un moyen de sauvegarder les droits qu'il peut tenir d'un accident du travail. Ce n'est pas l'administrateur provisoire qui peut intervenir en justice au nom de l'aliéné, mais un mandataire *ad litem* désigné par une décision du tribunal. Dans le département de la Seine-Inférieure le parquet adresse à propos de chaque internement un questionnaire dans lequel on demande entre autres renseignements, si le malade est engagé dans une affaire judiciaire. Quand il y a lieu un mandataire *ad litem* est nommé.

M. Briand. — Dans un cas semblable, je crois que le médecin d'asile est autorisé à noter dans son certificat les faits arrivés à sa connaissance qui font penser à un rapport entre l'accident et les troubles mentaux. L'Administration ainsi avertie fera son enquête et pourra demander pour son malade un mandataire *ad litem*.

La séance est levée à 5 h. 45.

J.-M. Dupain et A. Vigouroux.

---

## SÉANCE DU 28 MAI 1906

**Présidence de M. MARCEL BRIAND.**

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

MM. Devaux, Gimbal, Marchand, Parant fils, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

©BIUM



*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Dromard, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Dupain, Vigouroux et Legras, rapporteur ;

2° Une lettre de M. Boulenger, médecin des hôpitaux de Bruxelles, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Ritti, Vallon et Vigouroux, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Ruggiero Lambranzi, médecin en chef du Manicome de Vérone (Italie), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Pottier, Moreau (de Tours), rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Contribution à l'étude de l'amnésie visuelle*, par M. Julio de Mattos ;

2° *Sur la maladie de Robert Schumann*, par M. Mœbius :

3° *La psychose polynévritique et le béribéri*, par M. Nina-Rodrigues ;

4° *L'assistance des aliénés au Brésil, spécialement dans l'état de Bahia*, par le même ;

5° *Le Droit médical*, numéro de mai.

6° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de mai.

*Mort de MM. Lapointe et Godfernaux*

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai la douloureuse mission de vous faire connaître que, depuis notre dernière réunion, la Société médico-psychologique a perdu deux de ses membres correspondants, MM. Lapointe et Godfernaux.

Ancien interne, puis médecin-adjoint de l'Asile de Fains, le Dr Lapointe, après avoir été successivement médecin-directeur des Asiles de Saint-Dizier et de Moulins, avait pris, il y a peu de temps, sa retraite comme médecin-directeur de l'Asile d'Auxerre, où il a

©BIUM



laissé le souvenir d'un médecin éclairé et méticuleux, doublé d'un administrateur des plus avisés.

Notre confrère, qui s'était beaucoup occupé des épileptiques, avait, l'un des premiers, croyons-nous, attiré l'attention sur leur caractère tour à tour affable et prévenant, ou violent et emporté. Il leur attribuait une attitude particulière qui, selon lui, suffirait à elle seule à faire soupçonner l'épilepsie, et qui consiste, lorsque l'épileptique parle, à étendre la paume des mains, en mettant l'avant-bras en supination et en arrondissant les coudes.

Vous vous rappelez certainement tous cet excellent collègue qui, depuis sa retraite, ne manquait à aucune des séances de notre Société, à laquelle il appartenait depuis 1881.

Le Dr Lapointe était chevalier de la Légion d'honneur et médecin honoraire des Asiles.

Il laisse un fils, chirurgien des hôpitaux, auquel j'adresse, en votre nom, nos plus confraternelles condoléances.

Le deuxième de nos collègues, dont nous avons à déplorer la perte, s'il n'était pas médecin, n'en était pas moins un observateur et un psychologue de la bonne école.

M. Godfernaux avait, en effet, soutenu avec succès une thèse sur *le Sentiment et la Pensée*, en suite de laquelle il avait été reçu docteur ès lettres. Il y développait cette opinion que les lois qui régissent la pensée sont indépendantes d'autres lois plus profondes s'appliquant au sentiment, qui serait une forme opposée et complémentaire de la vie consciente.

Partant de cette donnée, l'auteur recherche le sentiment et la pensée à l'état isolé, et les retrouve ainsi, comme éléments simples, dans certaines formes de folie, notamment dans la manie, où la pensée subsisterait seule, alors qu'au contraire, dans la mélancolie, c'est le sentiment qui occuperait seul la conscience.

M. Godfernaux n'était pas seulement un psychologue, c'était aussi un auteur dramatique et un humoriste des plus spirituels, ainsi que vous pourrez en juger, quand je vous aurai rappelé qu'il était un des auteurs du désopilant *Triplepatte*, ce succès de l'Athénée, qui n'en est

©BIUM



plus à les compter. Il avait écrit la pièce en collaboration avec M. Tristan Bernard.

J'emprunte au *Temps* (numéro du mardi 15 mai 1906), quelques lignes nécrologiques que je vous demande la permission de vous lire :

« M. André Godfernaux, un des auteurs de *Triplepatte*, est mort hier à Cannes d'une grippe infectieuse. Il était parti dans le Midi, en compagnie de M. Tristan Bernard, pour un ouvrage de travail et d'agrément. Ils écrivaient ensemble une nouvelle pièce. Là-bas, André Godfernaux fut pris de la grippe, s'en rétablit, à peu près, mais il eut une rechute. Et voici qu'il meurt à quarante et un ans, après avoir obtenu un beau succès pour ses récents débuts dans la carrière dramatique. Il s'était occupé jusqu'à présent d'études de psychologie ; il était docteur ès lettres, et s'était fait un nom justement remarqué dans le monde philosophique, notamment avec son livre *le Sentiment et la Pensée*.

« M. Tristan Bernard, que nous avons vu ce matin, et qui aimait André Godfernaux d'une amitié fraternelle, est accablé par cette triste nouvelle. Il nous dit quel souvenir exquis, mais bien attristé désormais, il a gardé de cette collaboration. « Mon nom était plus connu que le sien dans le monde des théâtres, et on ne lui a pas fait une part assez grande dans les éloges qu'on nous a décernés. On rendait hommage à son esprit philosophique, mais on ne connaissait pas ses dons d'observateur comique. Il était mélancolique ; mais il n'y avait pas d'être aussi amusé des choses et des gens. Il était à la fois très clairvoyant et très ingénu, ce qui lui permettait de se mêler davantage à la vie ; aussi son âme s'enrichissait-elle davantage que l'âme impénétrable d'un ironiste professionnel. Il n'allait pas dans le monde pour observer, mais sa moisson d'observations presque inconscientes n'en étaitque plus abondante. Nous devions écrire, après *Triplepatte*, d'autres comédies de caractère. Il aimait à reconnaître des types, à les compléter par des observations prises sur lui-même ; car il se moquait surtout de lui, et comme il était foncièrement bon, il s'épargnait beaucoup moins qu'il n'épargnait les autres. »

©BIUM



Que la famille de M. Godfernaux reçoive le témoignage de nos douloureuses condoléances.

*Rapport de candidature.*

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, je suis chargé de vous présenter un rapport sur les travaux et titres scientifiques de M. le professeur Luigi Cappelletti qui sollicite le titre de membre associé étranger.

M. Luigi Cappelletti, né à Foligno en 1868, fut reçu docteur à Florence en 1891. Assistant à la clinique médicale de Florence, puis vice-directeur du Manicome de Ferrare, il est, en 1905, nommé au concours directeur du Manicome provincial de Pesaro.

Chargé en 1898 du cours d'anthropologie criminelle à l'Université de Ferrare, il devint en 1904 professeur extraordinaire. Nommé la même année agrégé à l'Université de Ferrare, et *libero docente* à la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Modane, ses cours sont transférés à Bologne en 1905.

De nombreux articles scientifiques portant sa signature ont paru dans la *Revista di Freniatria*, le *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, l'*Académie médicale de Ferrare*, le *Bulletin du Manicome de Ferrare*, les *Archives d'Anthropologie de Florence*, l'*Encyclopédie médicale italienne*, etc.

Messieurs, je suis heureux de vous prier, au nom de votre Commission, d'accueillir parmi nous M. le professeur Luigi Cappelletti, en qualité de membre associé étranger.

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

**Délire d'interprétation et paranoïa,**

par MM. G. DENY et PAUL CAMUS.

Dans une série de travaux dont le dernier a paru récemment dans *l'Encéphale* et dont le premier a fait l'objet d'une communication à la Société, au mois de février 1902, MM. Sérieux et Capgras se sont attachés

à démontrer que les *interprétations délirantes* qui se montrent à titre épisodique, dans beaucoup de maladies mentales, pouvaient dans quelques cas occuper à elles seules presque toute la scène morbide, et constituer ainsi une entité clinique spéciale, à laquelle ils ont donné le nom de *psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes*, ou plus brièvement, de *délire d'interprétation*.

Les trois caractères essentiels de cette psychose sont, d'après ces auteurs :

1° La *multiplicité des interprétations*, c'est-à-dire des déductions erronées à point de départ exact, et *leur rôle fondamental* ;

2° La *rareté des troubles sensoriels* et leur *contingence* ;

3° La *conservation de l'activité intellectuelle* et la *logique apparente des raisonnements*.

C'est grâce à cette conservation de l'activité intellectuelle, dans l'espèce, des facultés syllogistiques, doublée d'une absence complète de sens critique, que les malades atteints de cette psychose peuvent échafauder un système délirant basé uniquement sur l'interprétation fausse des données que leur fournissent les sens et la cénesthésie.

Ce délire est constitué le plus souvent — mais non toujours — par un mélange d'idées de persécution et de grandeur : il s'amplifie chaque jour par l'adjonction de nouvelles interprétations, mais n'évolue pas par étapes successives et ne se termine jamais par la démence.

Grâce à ces différents caractères le délire d'interprétation mérite une place distincte dans le groupe très vaste, mais encore mal délimité, des psychoses systématisées chroniques.

Ce sont les rapports respectifs de ces différentes psychoses que nous voudrions essayer de préciser dans ce travail, après avoir relaté au préalable un nouveau cas de *délire systématisé chronique d'interprétation*, tout à fait comparable à ceux déjà publiés par MM. Sérieux et Capgras.

Voici brièvement résumée l'histoire de notre malade :

©BIUM



Observation. — *Délire systématisé chronique d'interprétation.* — S... est une femme de quarante-cinq ans qui a été arrêtée pour scandale dans la rue, au mois de juillet 1904 et qui est arrivée à la Salpêtrière au mois de janvier 1905, après un séjour à Sainte-Anne et à Vaucluse.

Une seule particularité intéressante est à relever dans les antécédents héréditaires de cette malade : sa mère a succombé, à cinquante-sept ans, à une attaque d'apoplexie. Elle-même n'a présenté ni pendant son enfance, ni pendant son adolescence, aucune maladie grave. Elle passait pour susceptible, méfiante, et jalouse, avec quelques tendances orgueilleuses. Mariée à vingt-neuf ans, elle est devenue veuve cinq ans après. Bien qu'elle ait éprouvé un violent chagrin de la perte de son mari, elle ne tarda pas, ainsi que la suite le démontrera, à rêver d'un nouveau mariage. Elle déclare, du reste, que si elle ne s'est pas remariée plus tôt c'est à cause de son fils.

Quoi qu'il en soit, c'est deux ans après la mort de son mari, c'est-à-dire il y a une dizaine d'années environ, qu'apparurent les premiers troubles mentaux de S...

Ces troubles ont débuté par des idées de persécution, d'abord vagues et imprécises, qui peu à peu prirent corps et s'organisèrent en un véritable système délirant. Tout ce qui lui arrivait de fâcheux était attribué par elle à la malveillance d'autrui : la concierge lui fait perdre des clientes, les voisins font du bruit la nuit pour l'empêcher de dormir, les gens la suivent dans la rue et la regardent comme une fille publique; les inscriptions des voitures sont des injures à son adresse; les corbillards, les tombereaux d'ordures, qui passent devant ses fenêtres ont également une signification injurieuse. A deux reprises elle a eu des coliques, c'est qu'elle a été empoisonnée.

Au bout de quelque temps, après avoir changé de domicile pour dérouter ses ennemis, S... finit par se convaincre que les persécutions et les vexations qu'elle subit sont l'œuvre d'une « bande noire » dirigée par son ancien propriétaire, dont elle a autrefois repoussé les avances.

Elle aurait certainement succombé sous les coups de ses persécuteurs si, depuis deux ans, elle n'était protégée par un mari fictif épousé symboliquement dans les circonstances suivantes :

Ayant l'occasion de rencontrer plusieurs fois par jour le maître de l'école fréquentée par son fils, elle conçut peu à peu pour lui une vive affection, et bientôt s'imagina qu'elle était payée de retour et qu'elle se marierait prochainement avec lui, quoique jamais une seule parole n'eût été échangée entre eux.

Sur ces entrefaites, la sœur de notre malade se marie, S...

assiste à la cérémonie, et bien que son prétendu fiancé ne soit pas présent, elle comprend aux gestes et à la mimique du prêtre et des officiants, que c'est son propre mariage qui est célébré en même temps que celui de sa sœur.

Au moment de la bénédiction elle répond « oui » mentalement, et malgré le caractère exclusivement symbolique de cette union, elle est fermement convaincue, depuis cette époque, qu'elle est légitimement mariée avec l'ancien maître d'école de son fils.

Elle affirme, en outre, que son pseudo-mari est devenu inspecteur de la Sûreté et qu'elle est maintenant sous la haute protection de la police qui veille sur elle et la prévient chaque fois qu'elle court un danger. C'est ainsi qu'elle a échappé à l'accident du Métropolitain; on lui a fait comprendre de prendre un train avant celui ou l'accident s'est produit.

C'est par l'intermédiaire des paroles prononcées ou des gestes exécutés par les personnes qui l'entourent, ou encore par la façon dont sont disposés les objets qui l'environnent, que S... se dit en communication constante à la fois avec les gens de « la bande noire » qui cherchent à lui nuire et avec son mari qui la rassure et lui indique les moyens de se soustraire à ses ennemis.

Toujours il s'agit de gestes réellement vus, de paroles réellement entendues par elle et auxquelles elle prête, quoique les percevant exactement, une signification particulière en rapport avec ses idées délirantes. Ce ne sont donc pas des illusions et encore moins des hallucinations qui alimentent le délire de notre malade, mais uniquement ou presque uniquement des interprétations fausses greffées sur tout ce qu'elle voit, entend, sent, etc., et d'une façon générale sur tout ce qui frappe son imagination. En un mot, tout est pour elle matière à « signes », c'est-à-dire à interprétations, et comme en plus des signes venant de son mari, il y en a d'autres qui lui sont adressés par « la bande noire »; comme ces deux catégories de signes sont forcément contradictoires, les uns défensifs, les autres offensifs, il en résulte que leur interprétation « la fatigue beaucoup parce qu'on cherche à l'embrouiller et qu'il y en a qu'elle a peur d'oublier ou de ne pas comprendre, etc... ».

Sa foi en ces signes n'en reste pas moins inébranlable; ce sont eux qui règlent sa conduite, sa manière d'être, tous les actes de sa vie; elle n'admet aucune discussion à ce sujet : « même si pour les autres, dit-elle, en parlant d'eux, ça ne veut pas dire ça; pour moi ça veut dire ça ».

Depuis près de dix-huit mois que S... est entrée à la Salpêtrière son délire ne s'est pas sensiblement modifié : persécutée et déjà légèrement mégalomane à son arrivée, elle est restée surtout et avant tout une persécutée, chez laquelle les idées de

©BIUM



grandeur consolident et renforcent les idées de persécution au lieu de se substituer à elles (le roi d'Italie a voulu faire d'elle sa maîtresse, mais comme elle a refusé, la « bande noire » a redoublé ses attaques, etc., etc.).

Si ce délire n'a pas une évolution régulière et progresive comme quelques autres délires systématisés chroniques, il s'enrichit et s'amplifie cependant chaque jour par l'adjonction de nouveaux éléments que la malade emprunte à des lectures de journaux, aux menus incidents de la vie quotidienne et enfin au souvenir rétrospectif de certains événements de sa vie. C'est la bande noire qui lui a fait couper les cheveux lorsqu'elle était petite fille, c'est elle également qui a fait écraser une de ses nièces, etc.) ; mais sans que ces nouveaux éléments apportent, en réalité, des modifications notables à son roman pathologique, lequel reste fondamentalement constitué par deux thèmes antagonistes, l'un de persécution et l'autre de défense ou de protection.

Une dernière remarque avant de conclure : si le langage symbolique de notre malade est aussi développé, c'est parce qu'elle a lu autrefois et appris par cœur, un petit livre acheté sur les quais, analogue à « la Clef des songes » dans lequel une signification particulière est attribuée à tous les objets usuels, aux gestes habituels, etc., et dont voici quelques spécimens : une épingle veut dire injure ; un parapluie, protection ; un balai, changement ; un paquet, départ ; le jais, nouvelle d'un décès ; des petits pois, des prétentions mal justifiées ; l'acte de se moucher, l'accomplissement d'un souhait, etc., etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur les particularités cliniques de cette observation qui mérite tout au plus d'être retenue à titre de document justificatif du tableau si fidèle et si complet que MM. Sérieux et Capgras ont tracé du délire d'interprétation ; nous désirons seulement vous soumettre, à propos de ce fait, un essai de groupement rationnel des principales variétés de délires systématisés chroniques.

Les seuls facteurs pathogéniques communs à tous ces délires indistinctement sont, de l'avis de tous les auteurs :

1° *La conservation des facultés logiques* ;
2° *L'absence des facultés auto-critiques.*

Or, dans l'état actuel de la science, cette absence de l'auto-critique avec intégrité de la logique ne peut être imputée qu'à une anomalie psychique congénitale, c'est-

©BIUM



à-dire à une constitution psychique spéciale, dont les caractères sont aujourd'hui suffisamment tranchés pour justifier la dénomination de *paranoïa* qui lui a été attribuée par un certain nombre d'auteurs italiens, allemands, portugais, etc.

D'après cette théorie, sur laquelle est basé notre essai de classification des délires systématisés chroniques, la *paranoïa* est une constitution psychique particulière vraisemblablement liée à des anomalies morphologiques et structurales des neurones et des fibres d'association. Il semble bien, en effet, que ce soit à une perturbation des facultés associatives qu'il faille rattacher la singularité des points de vue, l'étrangeté des conceptions, le défaut d'adaptation, certaines particularités du caractère et surtout l'affaiblissement profond du sens critique, qui sont les principaux attributs de la constitution paranoïaque. Comme nous l'avons déjà indiqué, c'est cet affaiblissement originel de l'auto-critique qui favorise l'éclosion, si fréquente chez les sujets doués de cette constitution, de délires à contenu variable, englobés, comme les sujets qui en sont atteints, sous le titre générique de *paranoïaques*.

Ces *délires paranoïaques* transforment en véritables *aliénés* des sujets qui n'étaient jusqu'alors que des *anormaux*. Ils peuvent survenir dès la première jeunesse (*paranoïa originaria*), mais le plus souvent ils ne se manifestent qu'à une période plus avancée de la vie, vers la trentième ou la quarantième année. Leurs caractères fondamentaux sont : la *fixité*, la *tendance à la systématisation* et la *logique* au moins apparente qui en relie les différentes parties.

Ces délires sont l'expression directe ou indirecte, du fonctionnement congénitalement défectueux des centres d'association, que l'âge ou des contingences qui nous échappent encore viennent sans doute aggraver.

Quel que soit du reste leur point de départ, ces délires ne peuvent subsister, se développer et s'organiser, qu'à la faveur d'une série de processus psychopathiques à la base desquels on trouve : tantôt des *représentations mentales exagérées*, tantôt des *interprétations fausses et sans fondement*, tantôt enfin de simples *troubles de la perception*. Ces différents processus s'im-

©BIUM



posent à la conscience avec une intensité variable et détournent à leur profit, suivant les cas, tout ou partie de l'activité psychique.

En se basant sur la prépondérance de l'une ou de l'autre variété de ces éléments constitutifs, les délires paranoïaques peuvent être divisés en trois grandes catégories :

a) *Les délires à base de représentations mentales exagérées ou obsédandes* (type folie des persécutés-persécuteurs de Falret, Pottier, etc.) ;

b) *Les délires à base d'interprétations erronées* (type délire d'interprétation de Schüle, Kraepelin, Sérieux et Capgras) ;

c) *Les délires à base de troubles perceptifs*. Cette troisième variété doit être divisée en deux sous-variétés, suivant que les troubles de la perception intéressent d'une façon prédominante les *sensations internes* ou *organiques*, c'est-à-dire la cénesthésie, ou bien, les *sensations externes* (sensibilité générale et organes des sens).

Dans le premier cas, le délire peut être dit *à base de troubles cénesthésiques* (type folie systématisé primitive hypocondriaque de Séglas) ; dans le second le délire est *à base de troubles sensitivo-sensoriels* (le délire chronique de Magnan rentre dans cette variété, mais en constitue seulement une forme exceptionnelle).

De ces quatre variétés de *psychoses systématisées chroniques*, il en est deux, *le délire à base de représentations* et le *délire à base d'interprétations* qui appartiennent incontestablement à la paranoïa, car ils sont essentiellement intellectuels. Il semble bien que l'on doive également maintenir dans le cadre de la paranoïa les *délires à base de troubles cénesthésiques* dont nous avons récemment communiqué deux exemples (V. *Ann. méd.-psych.*, 1906, p. 423) ; mais il devient également de jour en jour plus probable que les *délires à base de troubles sensitivo-sensoriels* doivent en être retranchés.

A l'appui de ce classement nosologique on peut invoquer plusieurs arguments. Nous ne retiendrons aujourd'hui que les deux principaux :

Le premier, c'est que la systématisation, qui est *parfaite* dans les délires à base de représentations, va en *s'atténuant* dans les délires d'interprétations et les

délires à base de troubles cénesthésiques, pour devenir quelquefois tout à fait *illusoire* dans les délires à base de troubles sensitivo-sensoriels.

Le second argument, beaucoup plus décisif, est tiré de la *différence d'évolution* de ces délires systématisés chroniques : ceux des trois premières variétés, de l'avis de tous les auteurs, *ne se terminent jamais par la démence*. Il en va tout autrement de ceux de la quatrième. Quoique plus ou moins masquée au début par l'édifice délirant, *l'évolution des psychoses à base de troubles sensoriels est toujours franchement et nettement démentielle*.

En présence de ces différences constitutives et évolutives, il semble qu'on soit en droit, sinon de rattacher avec Kraepelin à la démence précoce tous les délires à base de troubles sensoriels, y compris le délire chronique de Magnan, du moins de les considérer comme une espèce psychopathique intermédiaire entre les délires paranoïaques proprement dits et la variété paranoïde de la démence précoce. On pourrait, dans ce cas, les désigner sous le nom de *délires paranoïdes* emprunté à Séglas.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir résolu, dans cette courte note, le problème si ardu de l'origine et de la nature des psychoses chroniques, à systématisation plus ou moins parfaite. Nous avons essayé seulement de préciser, à la fois la signification du vocable sous lequel ces délires sont généralement désignés à l'étranger, et les conditions que devaient remplir ces mêmes délires, pour pouvoir entrer légitimement dans le cadre de la paranoïa.

DISCUSSION

M. VALLON. — C'est à tort, à mon avis, que l'on considère les délires systématisés hallucinatoires comme aboutissant rapidement à la démence. On trouve fréquemment en effet, et particulièrement dans les maisons de santé privées, des persécutés avec hallucinations internés depuis vingt et trente ans et qui sont loin d'être déments.

M. DENY. — Les divergences qui existent entre les observateurs sur la question de savoir si les délires systé-

©BIUM



matisés avec hallucinations conduisent rapidement ou non à la démence, tiennent à ce fait que les médecins ne donnent pas tous au mot démence le même sens. Pour certains, la démence est la perte totale des facultés intellectuelles ; pour nous, c'est le commencement de la désintégration des facultés.

M. PACTET. — Il semble, d'après les nouvelles classifications que l'on propose aujourd'hui, que quantité de situations cliniques se seraient, jusqu'ici, déroulées sans qu'aucun médecin, en France, ait fixé ces faits dans une description clinique. Cela n'est pas. Le délire d'interprétation, par exemple, a été décrit par Falret sous le nom de délire des persécutés-persécuteurs. On trouve comme *substratum* de ce délire simplement des interprétations. D'autre part, ce que l'on désigne sous le nom de « constitution paranoïaque » fait partie de ce que nous avons appris à connaître comme « état mental » des dégénérés. Je ne vois pas là de faits nouveaux légitimant la création d'une appellation nouvelle.

M. ARNAUD. — Je pense avec Falret, et contrairement à l'opinion de M. Magnan, que le délire systématisé avec hallucinations se termine rarement par la démence. Les malades ont encore un délire cohérent après trente ans de maladie. Leur activité mentale est conservée. Ils s'intéressent à la réalité actuelle et vivante ; ils lisent les journaux et les discutent.

Le mot de paranoïa signifiait autrefois délire systématisé en général, avec ou sans hallucinations ; depuis, sa signification a changé et s'est réduite ; ce n'est pas apporter un élément de clarté à la discussion que de changer le sens des mots.

M. DENY. — J'estime, avec M. Magnan, que les délires systématisés à base d'hallucinations aboutissent à la démence. Sans doute les malades peuvent encore lire les journaux, mais ils le font automatiquement ; ils sont incapables de reproduire ensuite ce qu'ils ont lu. Ils lisent avec leur psychisme inférieur.

M. Pactet confond deux choses que nous avons essayé de différencier : délires des persécutés-persécuteurs et délires à base d'interprétations délirantes. Les délires des persécutés-persécuteurs sont à base d'obsession, d'idées obsédantes, et non à base d'interprétations.

D'autre part, ces malades délirent non en parole, mais en action ; ils ont des réactions contre les personnes.

Les malades de MM. Sérieux et Capgras et la nôtre ont un délire à base d'interprétations, non à base d'obsessions. Ils délirent en parole, mais n'ont pas de réactions.

Enfin, nous croyons pouvoir, avec Kraepelin et d'autres auteurs, retrancher de la paranoïa les délires à base de troubles sensoriels, parce que ces délires ne comportent pas l'intégrité des facultés syllogistiques : ils constituent une variété du délire de la démence précoce.

M. Toulouse. — Je suis heureux d'entendre confirmer par M. Vallon et par M. Arnaud l'opinion que que j'ai émise ici même, après des recherches expérimentales faites en collaboration avec M. Damaye, sur la démence vésanique, qui n'est pas à mon sens une démence. Chez les malades de ce genre, étiquetés d'ordinaire déments vésaniques, on est étonné — en employant des moyens d'examen convenables — de constater que les connaissances acquises par eux ne sont pas perdues comme chez les paralytiques généraux — déments types — mais simplement dissociées. Ce sont en définitive des confus et non des déments.

M. Pactet continue à considérer les persécutés-persécuteurs comme délirant sur des interprétations fausses et non sur des obsessions. Ces malades, en effet, n'ont pas d'obsessions, ils n'ont pas de fixité dans leurs idées, mais une mobilité évidente. Ils englobent dans leur délire toutes les personnes qui les approchent. Ils passent tout leur temps à interpréter. Je crois que la malade de M. Deny est une débile.

M. Dupré ne consent pas à appliquer le terme de confusion à l'état des vieux vésaniques, comme le fait M. Toulouse. Ces malades ne sont pas ahuris, égarés, désorientés dans le temps et dans l'espace.

M. Toulouse. — Je n'attache pas à l'expression de confus, appliquée aux déments vésaniques, un sens nosologique étroit, mais un sens purement symptomatique. Pour le reste, je tiens à dire qu'on ne sortira dans cette discussion du chaos des opinions personnelles qui, depuis des années, sont toute l'histoire de la démence précoce, que lorsqu'on se résoudra à substituer

©BIUM



les méthodes d'examen plus précises, dont la psychologie expérimentale nous a dotés, aux impressions qui constituent le plus souvent la clinique mentale. Les déments précoces sont-ils des déments ? En quoi se distinguent-ils des autres déments ?

Voilà des questions qui ne sont pas en dehors de la recherche, comme je l'ai montré. La plupart des autres questions peuvent être pareillement étudiées et solutionnées.

M. DUPRÉ. — Je crois que l'on doit distinguer deux questions : la terminaison des délires à base d'hallucinations et l'existence de la paranoïa. Je ne trouve pas que ce mot de paranoïa soit inutile. Il convient pour désigner certains états congénitaux qui se caractérisent par des anomalies de la sensibilité et de l'intelligence. Les anomalies de la sensibilité sont de deux sortes : 1° Une augmentation du sens de la personnalité (hypertrophie du moi, autophilie, égocentrisme, orgueil) qui va en croissant et finit par devenir à l'âge adulte, un état psychopatique ; 2° une méconnaissance hostile des gens et des choses, une défiance vis-à-vis de tout le monde, un développement inutile de l'instinct de conservation.

L'anomalie de l'intelligence consiste en une perversion de sens critique qui est incapable de redresser les erreurs de la sensibilité. C'est sur ce fond mental, qu'on peut appeler *constitution paranoïaque*, que naissent et se développent les délires paranoïaques, sans qu'il y ait besoin d'illusions et d'hallucinations. Si le sujet délire dans le sens de la méfiance, il devient un persécuté. S'il le fait dans le sens de son orgueil, c'est un mégalomane. S'il ne délire pas il reste un méfiant, un jaloux, un amoureux, un passionnel suivant le cas. Je crois que, au nom de la clinique, nous avons le droit de donner à des états psychopatiques qui appartiennent à la fois à des aliénés et à des non-aliénés, une dénomination particulière, et que le mot de *paranoïa* convient. Le mot, en effet, paranoia, est généralement adopté en Allemagne, en Italie et ailleurs.

Les sujets en question sont des anormaux, mais non des déséquilibrés, au sens habituel que l'on donne à ce mot.

D'autre part je ne pense pas qu'on puisse adopter, comme criterium pour séparer les délirants par interprétations des persécutés-persécuteurs, le mode de leurs réactions. En effet, les réactions n'appartiennent pas au délire, mais au fond mental de l'individu. Chacun réagit à sa façon, suivant sa propre psychologie.

M. VALLON. — Le mot « paranoïa » a eu des sens différents suivant les différentes éditions des ouvrages de Kraepelin.

M. KÉRAVAL. — L'Ecole de Kraepelin n'est pas l'école universellement adoptée en Allemagne : Kraepelin est fortement battu en brèche par Ziehen.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Académie de médecine.

Année 1905.

Nous avons rendu compte en son temps (*Annales médico-psychologiques*, numéro de juillet-août 1905) de l'important débat soulevé devant l'Académie de médecine par la communication de M. Fournier sur la « paralysie générale de la syphilis ». Il ne nous reste plus à signaler comme susceptibles d'intéresser particulièrement les lecteurs de cette revue que deux communications successives, mais que nous avons cru devoir rapprocher, dues à M. Galippe, et une lecture de M. Maurice de Fleury, rapportée par M. Josias.

I. — *L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines*, par M. V. Galippe (séance du 4 juillet 1905). — II. — *Du prognathisme inférieur*, par le même (séance du 18 juillet 1905). — Ce n'est pas ici qu'il est besoin d'insister sur l'intérêt que pourrait présenter l'étude longtemps poursuivie dans une même lignée de ces anomalies de développement aujourd'hui décrites sous le nom de stigmates physiques de dégénérescence. Mais il serait aussi superflu de remarquer combien pareille observation doit être malaisée et à quelles difficultés l'on devra se heurter pour réunir les matériaux nécessaires à pareille étude. Pour se prêter à ces recherches, il n'est guère, jusqu'à ce jour, que les familles souveraines : seules, en effet, ou à peu près, elles possèdent des archives assez anciennes et assez bien garnies, une iconographie assez fidèle et assez complète. Ce serait donc, selon le mot de M. Galippe, une véritable « bonne fortune », que de rencontrer chez l'une d'elles, se répétant de génération en génération, l'un de ces caractères tératologiques interprétés de nos jours comme une tare dégénérative. Or, il se trouve que

©BIUM



l'une de ces familles, et non la moins illustre, — la maison des Habsbourg, — présente précisément, et à un haut degré, une malformation physique, — le prognathisme inférieur, — qu'on a coutume de considérer comme un indice très sûr de dégénérescence. M. Galippe a donc étudié, « à l'aide de millions de documents iconographiques » et depuis le XV^e^ siècle jusqu'à nos jours, le prognathisme inférieur dans la maison des Habsbourg.

Qu'est-ce d'abord que le prognathisme inférieur tel que le comprennent les stomatologistes et les tératologistes? Quelles en sont les causes? Quelle en est la signification?

« Nous entendons par prognathisme inférieur, pose M. Galippe, l'anomalie en vertu de laquelle les rapports des deux maxillaires et des dents cessant par un mécanisme quelconque d'être normaux, la mandibule est projetée en avant, laissant le maxillaire supérieur plus ou moins en arrière et donnant ainsi à la partie inférieure de la face un aspect rappelant la malformation décrite chez les bouledogues. »

Il est d'ailleurs curieux de remarquer que cette malformation n'est en aucune façon le propre de l'espèce humaine : elle apparaît chez les animaux domestiques (chien, chèvre, cochon, bœuf, cheval) et aussi, mais moins fréquemment, chez les animaux sauvages (caïman, crocodile, carpe, morue, orang-outang).

Nous sommes dans l'ignorance la plus profonde des causes primitives qui préparent ou déterminent l'apparition de cette anomalie. « Tout ce que nous savons actuellement, c'est que le prognathisme inférieur se produit surtout sous l'influence d'un rétrécissement de la base du crâne et d'une atrésie plus ou moins considérable de la voûte palatine, donnant à l'arcade dentaire supérieure une forme ogivale plus ou moins prononcée. Si cette ogivalité est assez considérable pour que la courbe parabolique décrite par le maxillaire supérieur puisse s'inscrire dans celle formée par le maxillaire inférieur, — ce dernier ou étant normal ou étant développé dans toutes ses dimensions, — les rapports des dents et des maxillaires seront profondément modifiés, le maxillaire supérieur se trouvera en rétroversion par rapport à l'inférieur, c'est-à-dire qu'il y aura prognathisme mandibulaire ou prognathisme inférieur. Ce prognathisme mandibulaire se montrera d'ailleurs d'autant plus accusé que la différence entre le diamètre transversal des deux maxillaires sera plus considérable. »

La pathogénie du prognathisme inférieur, jusqu'ici peu étu-

diée, reste tout aussi obscure. M. Galippe risque une hypothèse. Entre les prognathes inférieurs d'une part et une catégorie de malades aujourd'hui bien connue, les acromégaliques, d'autre part, il relève des points de contact multiples et de nombreuses similitudes : chez les uns comme chez les autres on observe fréquemment un développement considérable des lèvres, surtout de l'inférieure, de la langue, du nez, souvent de l'atrophie des organes génitaux, des anomalies du pavillon de l'oreille, un niveau mental peu élevé, enfin et surtout une conformation identique du maxillaire inférieur : disparition presque complète de l'angle formé par la branche montante et la branche horizontale, hauteur considérable de la symphyse mentonnière. Si bien que, tout en se défendant de les vouloir assimiler, M. Galippe se demande si l'on ne doit pas considérer ces deux catégories d'anormaux comme occupant simplement des degrés différents d'une même échelle pathologique.

Quoi qu'il en soit de cette pathogénie, M. Galippe a pu établir, et c'est là une notion nouvelle et importante, la transmission presque fatale dans la famille des Habsbourg des caractères que nous venons de voir être l'attribut des prognathes inférieurs. Et, à l'appui de ses affirmations, il produit toute une série de portraits qui paraissent en effet des plus démonstratifs. Mais il a tiré de plus de cette étude des conclusions d'ordre historique pleines d'intérêt, et parfois aussi d'imprévu. De la minutieuse enquête à laquelle M. Galippe s'est livré, il résulte en effet que, « chez les Habsbourg, les femmes, alors même qu'elles ne présentaient point à un degré très accusé le stigmate familial caractéristique, plus marqué chez l'homme que chez celles-ci, avaient en puissance la faculté de l'imposer, quel que fût leur conjoint, à leur descendance avec des particulatités intellectuelles et morales ». Et l'on comprendra par quelques exemples tout ce qu'il est possible d'inférer de pareille constatation :

Napoléon I^er^, en contractant alliance avec une archiduchesse d'Autriche, avait sans doute pour dessein de faire souche de Napoléons ; en quoi il se leurra étrangement : le roi de Rome fut un Habsbourg, « par la structure de son crâne, par sa ressemblance frappante avec sa mère et son grand-père, par sa personnalité morale et ses aptitudes pathologiques ».

Seul parmi les descendants de Charles-Quint, don Juan d'Autriche ne présentait pas de prognathisme inférieur : argument sérieux, joint à bien d'autres, pour admettre que le

puissant monarque a pu se tromper, ou être trompé, sur la réalité de sa paternité.

Louis XVI et Marie-Antoinette, tous deux Habsbourg, avaient la marque caractéristique de la famille; la duchesse d'Angoulême, leur fille, était nettement prognathe inférieure; on peut donc conclure avec vraisemblance, comme cela semble d'ailleurs résulter aussi de l'étude de ses portraits, qu'il ne s'est point produit d'exception à cet égard pour Louis XVII. Or, et à aucun degré, ni Naundorff ni ses descendants ne présentent le type familial caractéristique, non plus que le stigmate héréditaire des Habsbourg. Il sera bien difficile, si l'on prête crédit à M. Galippe, de faire accepter désormais la légitimité de leurs revendications.

A la vérité, M. Galippe n'a pas la prétention de rendre sur tous ces points un jugement sans appel. Mais les arguments qu'il invoque, tirés de l'anatomie pathologique, lui paraissent avoir pour le moins une valeur sérieuse, et suffisent en tous cas à montrer tout le parti que peuvent tirer non seulement les sciences médicales, mais aussi l'histoire, de l'étude approfondie de l'hérédité des stigmates de dégénérescence.

III. — Sur un mémoire de M. le Dr Maurice de Fleury, intitulé : *Névroses de l'enfance et problèmes d'éducation*; par M. Albert Josias, rapporteur (séance du 26 décembre 1905). — Le mémoire soumis à l'Académie par M. Maurice de Fleury comprend 37 observations d'enfants atteints de troubles divers de l'intelligence, de la volonté, de l'attention, du caractère, et qui furent reconnus, après examen attentif, atteints d'une névrose définie ou d'un trouble marqué de la nutrition.

Sur ces 37 enfants :

11 présentaient les principaux signes de la neurasthénie;

6 étaient nettement hystériques;

7 étaient de petits psychasthéniques avec tendance aux obsessions;

5 étaient atteints de chorée fruste;

3 étaient de jeunes obèses;

2 de jeunes géants acromégaliques;

3 des enfants de diabétiques, n'ayant point eux-mêmes de glycosurie, mais gloutons, violents de caractère et donnant tous les signes de l'état mental habituel aux diabétiques.

M. Josias considère ces observations comme démonstratives, le contrôle par la thérapeutique ayant prouvé qu'il y avait relation de cause à effet entre la maladie physique et le trouble

psychologique. Et il émet le vœu que les pouvoirs compétents s'inspirent de ces données nouvelles dans la réorganisation, actuellement à l'ordre du jour, du service médical de nos écoles et de nos lycées.

GEORGES VERNET.

---

## JOURNAUX ITALIENS

### Annali di Nevrologia.

ANNÉE 1902.

I. — *Genèse et nosographie de la paralysie progressive.* Rapport présenté par le professeur Bianchi au XI[e] Congrès de psychiatrie. Ancône, 1901 (Fasc. I). — L'auteur, après avoir passé en revue l'histoire des rapports de la syphilis avec la paralysie générale, étudie les divers travaux sur la question, donne une statistique personnelle de 87 cas, bien étudiés au point de vue de l'anamnèse, et en déduit que la syphilis ne peut être regardée comme la cause unique de la paralysie progressive, ni même comme la cause nécessaire. La paralysie progressive n'est pas une maladie spécifique comme la tuberculose, la syphilis, la variole. C'est seulement la mort lente de l'élément nerveux qui peut être provoquée par un grand nombre de causes. La syphilis et l'alcool, l'hérédité et le traumatisme moral et physique, les excès vénériens, les ictus apoplectiques, les maladies mentales antérieures ou la néphrite abattent l'énergie nutritive de l'élément nerveux, en troublent l'orientation biochimique et favorisent la victoire finale des éléments connectifs.

Il attaque vigoureusement la dénomination de pseudo-paralysie qui, dit-il, n'est bonne qu'à tranquilliser notre esprit quand nous ne savons pas reconnaître la véritable nature d'un syndrome ressemblant à la paralysie progressive. Enfin il insiste sur les rémissions, et pense qu'elles peuvent être assez sérieuses pour permettre de reconnaître aux malades une certaine capacité juridique. Il ne faut pas, en tout cas, rejeter cette capacité du seul fait que le sujet a présenté antérieurement des signes de paralysie générale.

II. — *Atrophies cérébrales expérimentales*; par le professeur

G. d'Abundo, avec 30 figures dans le texte (Fasc. 1). — Les expériences sur lesquelles repose ce travail, consistent en la production de lésions de gravités diverses portant sur un des hémisphères cérébraux chez les jeunes chiens et les jeunes chats. Il en résulte que : 1° la lésion d'un des hémisphères produit l'atrophie non seulement de l'hémisphère lésé, mais encore celle de l'hémisphère opposé, à un degré moindre naturellement; 2° l'atrophie partielle d'un hémisphère cérébral, autant quand elle porte sur la région motrice, détermine une atrophie limitée du pédoncule cérébral, de la protubérance et de la pyramide correspondants, et ordinairement l'hémiatrophie cérébelleuse croisée; 3° dans certains cas de lésions très limitées, il se produit une fausse membrane non adhérente aux méninges et à la substance corticale sous-jacente, ce qui fait penser à l'auteur que la dure-mère aurait une influence directe sur la production du liquide céphalo-rachidien; 4° les circonvolutions s'orientent en rayonnant sur la lésion de façon à donner lieu à de la porencéphalie; 5° il se produit des compensations quand l'aire corticale lésée est destinée à agir sur les deux côtés du corps, l'aire saine se développant alors au delà de la normale; 6° sous l'influence de l'alcool, les sujets à hémisphère lésé présentent souvent des accès épileptiformes; 7° à l'hémiatrophie cérébrale est associé un défaut de développement cranien du côté correspondant, constatation importante pour l'anthropologie et la question des stigmates de dégénérescence. L'exposé du résultat des expériences est précédé de la relation de trois observations cliniques d'hémiatrophie cérébrale chez des sujets ayant présenté des accidents infectieux dans les premiers mois de la vie.

III. — *Méthodes pour l'éducation des déments et critériums de l'éducabilité;* par le Dr C. Colucci (Congrès d'Ancône, 1901) (Fasc. I). — L'éducation des déments a pour but de recueillir toutes les énergies nerveuses résiduelles et de les maintenir dans une voie rationnelle. L'imitation et la suggestion qui sont souvent, dans les asiles encombrés, des facteurs dangereux de contagion psychique doivent être utilisés comme facteurs de rééducation. La phase la plus dangereuse pour la contagion psychique est celle du passage à la démence secondaire; c'est aussi la période utile pour la rééducation. Il y a lieu de distinguer, en vue de cette rééducation, ce qui est réellement et irréparablement perdu de ce qui n'est qu'engourdi (défaut d'attention spontanée, d'association, de réflexion, de volonté, etc.).

Les meilleurs sujets d'une école de rééducation sont ceux qui ont le mieux rempli leur vie normale et ne sont pas en involution sénile. Ils doivent être examinés minutieusement, et cet examen doit être repris à diverses périodes. Le programme d'une pareille école comprend la psychothérapie de la perception et des expressions, la science du particulier, la séméiotique des attentions. La mesure des progrès accomplis se trouvera dans l'examen des écrits ou des dessins des malades, la durée de leur attention, les exercices de mémoire, le perfectionnement de leur travail manuel, l'habileté dans les jeux, la diminution des tics, de la laideur, des poses stéréotypées, etc. L'éducation motrice a une très grande valeur; elle doit avoir pour objectif la gymnastique de l'image motrice dans les diverses séries de réflexes psycho-moteurs et peut se réaliser passivement (massage, électricité) ou activement (éducation de la marche, de la main, du langage et travaux industriels et agricoles divers). Il serait bon de dresser des instituteurs qui appliqueraient ce programme sous la direction des médecins. Les asiles actuels, encombrés et mal adaptés aux desiderata modernes, ceux qui n'ont que le rôle de garderie sont une honte et une offense à la dignité humaine. Telles sont en résumé les idées intelligentes et généreuses exposées au cours de ce rapport.

IV. — *La voie pyramido-lemniscale*; par le Dr R. Amabilino, avec une planche (Fasc. I). — L'auteur a pu suivre les dégénérations descendantes consécutives à un cas d'hémorragie intracérébrale récente et étudier, notamment, la voie *pyramido-lemniscale* de Flechsig, sur le trajet et le rôle de laquelle il n'y a pas encore accord entre les neurologistes.

L'histoire pathologique est la suivante : Un homme de cinquante-neuf ans est atteint d'ictus apoplectiforme avec perte de connaissance. Deux semaines après, il présente une parésie du facial supérieur et une paralysie du facial inférieur; la langue se dévie à gauche. Paralysie de la moitié gauche du corps. Les réflexes cutanés, faibles à gauche, sont forts à droite. Le réflexe de Babinski existe. La parole spontanée est abolie. Le malade répète confusément quelques mots ordinaires. Il ne peut écrire. La mimique et le langage émotif sont très faibles. Eschare sacrée, à gauche. Mort dans le coma.

A l'autopsie, foyer hémorragique à droite, envahissant le centre médullaire du lobe frontal, détruisant la partie supérieure du segment antérieur de la capsule interne et le pied de la couronne rayonnante des circonférences frontales, la plus

©BIUM



grande partie du globus pallidus et du putamen, et entamant le noyau caudé, la capsule externe et l'avant-mur. Le genou de la capsule interne n'est lésé que dans sa couche la plus externe ; les deux tiers antérieurs du bas postérieur de la capsule sont envahis. Le segment rétrolenticulaire et la couche optique sont épargnés.

Examen par la méthode de Marchi :

Dégénérescence intense dans les deux cinquièmes moyens du pied du pédoncule cérébral, envahissement du stratum intermédium et du pied du ruban de Reil profond, touché presque totalement. Plus bas, la dégénérescence envahit l'aire du ruban médian, et il y a de nombreux faisceaux dégénérés épars dans la couche interolivaire. L'auteur pense qu'il s'agit de fibres descendantes qui ont leur centre trophique soit au-dessus du foyer hémorragique (cortex), soit dans un des points détruits (corps strié).

Il y a des fibres dégénérées, au niveau du tiers moyen des olives, en arrière du noyau ambigu. Au niveau de l'entre-croisement des pyramides, les fibres se retrouvent à la base de la corne antérieure. Elles semblent suivre le trajet du faisceau de Pick.

V. — *Un cas d'œdème hystérique à disposition segmentaire*, avec 2 figures. Note clinique ; par les Drs Piero Gonzales et Paolo Pini (Fasc. I). — A la suite d'une crise hystérique, exactement quinze jours après, une infirmière de l'asile de Milan présenta un œdème de la moitié supérieure du corps, épargnant d'ailleurs les avant-bras et les mains. La maladie dura une dizaine de mois, avec des alternatives d'amélioration et de rechute. Les auteurs donnent une analyse minutieuse du cas et insistent sur le diagnostic différentiel entre l'œdème hystérique et la période œdémateuse au début de la sclérodermie. Ils pensent que beaucoup de cas de sclérodermie guéris au début ne sont que des cas d'œdème hystérique méconnus.

VI. — *Le tracé ergographique chez les épileptiques et les sujets normaux* ; par le Dr C. Colucci (avec 11 tracés et 7 tableaux) (Fasc. I). — L'indice ergographique peut devenir un bon réactif psychométrique pour les oscillations du potentiel neuro-musculaire. Les éléments du tracé ergographique qui sont l'expression d'énergies surtout centrales, et les rapports entre les divers tracés qui sont l'expression de l'équilibre entre les deux côtés ont un grand intérêt au point de vue de l'établissement du bilan dynamogénique.

©BIUM



L'ergographe montre que les épileptiques sont des débiles du côté neuro-musculaire, en dehors des accès. Les dysharmonies ergographiques sont plus fréquentes au voisinage des accès convulsifs, et plus avant qu'après. Il y a à l'approche de l'accès une élévation surtout considérable de la force ergographique, et avant l'augmentation de tension que prépare l'accès, il y a une phase de dépression. Ces caractères permettent de distinguer certaines absences et certaines lipothymies qui ne sont pas des équivalents épileptiques.

VII. — *Le centre cortical de la vision, étude expérimentale*; par le Dr C.-A. Crispolti (Fasc. II). — L'auteur a expérimenté sur 14 chiens auxquels il a enlevé des portions plus ou moins étendues du cortex d'un lobe occipital, la décortication ayant porté dans quelques expériences sur le gyrus angulaire. Il a employé d'ingénieux moyens d'étude pour déterminer le champ visuel des animaux en expérience et a pu arriver à des conclusions aussi rigoureuses que possible dans ces conditions. Si les lésions de la sphère visuelle corticale sont peu étendues, il s'ensuit des phénomènes d'hémiamblyopie qui intéressent les deux tiers internes de la rétine du côté opposé à la lésion et le tiers externe de la rétine du même côté. Il y a de plus une amblyopie plus ou moins marquée, moindre dans tous les cas que celle du tiers externe de la rétine du même côté, dans le tiers externe de la rétine du côté opposé. Les troubles ainsi produits rétrocèdent généralement au bout de huit jours pour disparaître totalement au bout d'un mois. C'est l'amblyopie croisée qui disparaît la dernière, dans les deux tiers internes et la première dans le tiers externe.

Quand les lésions occipitales sont plus étendues, il y a hémianopsie dans les mêmes points (deux tiers internes de la rétine opposée et un tiers externe de la rétine du même côté), et amblyopie dans le tiers externe de la rétine du côté opposé; l'hémianopsie rétrocède lentement (quatre mois) et il y a amblyopie résiduelle parfois stationnaire dans la rétine opposée.

Si la lésion est très étendue, il y a encore hémianopsie et amblyopie comme précédemment, mais il persiste une cécité complète absolue de la rétine du côté opposé et du tiers externe de la rétine du même côté. Il s'agit véritablement de cécité corticale et non de cécité psychique, ce dont l'auteur s'est assuré par la méthode de l'obstacle imaginaire.

Il n'y a jamais eu de troubles concomitants des autres sens,

et les mouvements des globes oculaires ont toujours persisté, ainsi que les actions pupillaires.

Des lésions bilatérales contemporaines ont donné de l'anopsie absolue et complète. Quand les lésions étaient légères, il y a eu retour de la vision dans les deux yeux; quand les lésions étaient étendues, il a persisté de l'amblyopie. L'auteur insiste sur ce point, que jamais il n'a observé une cécité permanente absolue. Il y a toujours eu retour de la vision, ou plutôt amélioration de la cécité. Crispolti ne croit pas à la projection de la rétine sur le cortex de la sphère visuelle ni aux cécités rétiniennes partielles par lésions partielles de la sphère corticale visuelle, les fibres venant aboutir irrégulièrement dans la sphère corticale. Le centre cortical de la vision chez le chien est situé à la partie postérieure des hémisphères cérébraux, et a pour limite, en arrière le pôle occipital, en avant sur la face externe l'extrémité antérieure des trois circonvolutions occipitales parallèles, sur la face interne, une ligne perpendiculaire passant en avant des deux tiers postérieurs de la 1re occipitale, sur la face inférieure, une ligne perpendiculaire passant en avant des deux tiers postérieurs de la 3e occipitale. Le gyrus angulaire ne joue aucun rôle dans la fonction visuelle.

VIII. — *Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du diabète traumatique*; par le Dr L. d'Amato, avec 2 planches en couleur (Fasc. II). — Examen de deux cas de diabète post-traumatique dont l'un est consécutif à une chute violente sur le côté droit, sans contusions céphaliques directes, et l'autre s'est développé à la suite d'un coup de bâton sur la main. Dans les deux cas, le diabète apparut très peu de temps après le traumatisme, et la mort s'ensuivit. L'autopsie n'a pu être pratiquée que dans le premier cas, mais elle a été très soigneusement faite ainsi que l'examen microscopique. Celui du système nerveux a montré des lésions de dégénérescence des vaisseaux, de fibres isolées et de groupes cellulaires disséminés. Le pancréas était atrophié : les îlots de Langerhans étaient diminués. Le foie, macroscopiquement atrophié, présentait des lésions des cellules, atrophie et pigmentation jaune-brun, et une légère prolifération conjonctive. L'auteur pense que le diabète traumatique est, dans la très grande majorité des cas, un diabète nerveux et par ce mot il entend un diabète dû à l'action du système nerveux sur les organes régulateurs de la combustion du sucre.

IX. — *Recherches expérimentales et histologiques sur les*

©BIUM



*ventricules cérébraux*; par les Drs C. Colucci et M. Sciut (4 figures). Note préliminaire (Fasc. II). — Les deux observations que les auteurs publient sous cette rubrique font partie d'une série de recherches actuellement poursuivies par eux. L'une de ces observations est celle d'un lapin qui a subi une injection d'eau gommée additionnée de noir de fumée dans les ventricules cérébraux; l'autre, celle d'un chien auquel a été faite une injection d'une solution d'agar. Les auteurs exposent simplement les détails de l'observation et de l'autopsie, et n'en tirent pas encore de conclusions.

X. — *Le développement de la cellule nerveuse dans la moelle du poulet*; par le Dr Fragnito, avec 25 figures en couleur (Fasc. III). — L'auteur a étudié par les colorations à la thionine et au bleu de méthylène le développement des éléments nerveux de la moelle de poulet, du troisième au dix-huitième jour. Il fait assister, avec preuves à l'appui, à la formation de la cellule complète, par voie d'agglomération des neuroblastes primaires et pense que dans la cellule nerveuse, il faut distinguer deux tissus : l'un, spécifique, dérivant de la transformation des neuroblastes; l'autre, de soutien primaire du neurospongium et des capillaires sanguins et lymphatiques qui l'irriguent. Il confirme les recherches précédentes sur les canalicules de Holmgren, dont la plus grande partie correspondrait aux interstices entre les neuroblastes générateurs, sans nier toutefois que les plus gros de ces canalicules ne puissent se continuer avec les lymphatiques péricellulaires.

XI. — *Sur quelques détails de structure des cellules des ganglions spinaux de l'homme*; par le Dr M. Sciuti, avec 5 figures (Fasc. III). — Les cellules examinées proviennent des ganglions spinaux de deux tabétiques. Il existe dans la cellule des ganglions intervertébraux un réticulum identique à celui qu'ont décrit, dans d'autres points du système nerveux, Golgi, Donaggio, Cajal, etc. Ce réticulum est en rapport avec le réticulum péricellulaire, avec les fibrilles qui viennent de la capsule et avec les filaments qui partent des cellules endocapsulaires spéciales. Il semble que la névroglie joue un rôle considérable dans sa formation.

XII. — *Impressions d'une visite rapide à quelques asiles de l'Ecosse*; par le professeur Bianchi (Fasc. IV). — Cette courte note, écrite avec le style suggestif de l'auteur, montre l'impression favorable que lui a faite l'installation matérielle des asiles écossais. Il signale avec plaisir que les infirmiers y

©BIUM



sont nombreux (de 1 pour 3 malades à 1 pour 9); que les infirmières (nurses) ont des qualités supérieures, que les moyens de contentions brutaux sont presque abandonnés. A côté des éloges, il y a place pour quelques critiques : les médecins ont trop de malades; leur traitement est trop inférieur à ceux des directeurs. Les laboratoires ne sont pas assez bien dotés.

La folie augmente en Angleterre. Il y a 1 aliéné sur 300 et peut être 250 normaux, soit 120.000 aliénés environ pour une population de 38 millions d'habitants. La journée revient à 2 shillings, soit 80 millions de shillings par an, sans compter le milliard et demi de francs représentant le prix de revient des asiles.

XIII. — *Un cas rare d'amnésie hystérique totale avec perte de la personnalité primitive*; par les Drs E. Patini et A. Mele (Fasc. IV). — Il s'agit d'un maître d'école qui sous l'influence d'idées délirantes de persécution tua sa servante d'un coup de rasoir. L'expertise médico-légale fit reconnaître que le sujet était un hystérique. On avait hésité entre le diagnostic de paralysie générale, celui de démence organique, et celui d'hystérie. La disparition de tous les symptômes graves en un an et quelques mois montra que le dernier diagnostic était exact. Le symptôme le plus intéressant avait été une amnésie totale de toute la vie passée du malade jusqu'à son entrée à l'asile, où il avait semblé recommencer une nouvelle existence. L'observation clinique est suivie d'une longue et minutieuse discussion.

XIV. — *Contribution à la chirurgie cérébrale*; par le Dr G. Pascale (Fasc. V). — Exposé de trois observations dont la première a trait à un cas de blessure de la région fronto-pariéto-temporale gauche (plaie contuse et fracture) avec aphasie motrice par suite d'une chute d'un arbre. Onze jours après l'accident, enlèvement de fragments osseux et guérison complète de l'aphasie trois mois après. Dans le deuxième cas, il s'agit encore d'un traumatisme de la région fronto-pariétale gauche (coup de règle en fer), à l'âge de dix ans. L'enfant n'eut aucun accident immédiat; mais quatre ans après, apparurent des spasmes du côté droit, puis une épilepsie jacksonienne typique. Trois ans après, soit sept ans après l'accident, trépanation, enlèvement d'éclat osseux et disparition des attaques convulsives généralisées. Enfin, la troisième observation se rapporte à un cas de traumatisme de la région fronto-pariétale gauche (plaie contuse produite par le recul d'un pistolet

©BIUM



déchargé en l'air, avec fracture). Huit jours après, spasme convulsif à droite, puis épilepsie générale. Le malade ne fut jamais opéré et mourut sept ans après l'accident en état de mal. L'autopsie montra la compression par une masse de tissu cicatriciel de la région comprise entre la scissure de Rolando et le pied de la première et de la deuxième frontales gauches. La substance blanche et la substance grise à ce niveau étaient profondément altérées, surtout la première, où on trouva les traces d'un gros foyer hémorragique.

XV. — *L'état mental d'Émile Zola*; par le professeur L. Bianchi (Fasc. VI). — Après une remarquable revue des Rougon-Macquart que le professeur Bianchi qualifie de plus merveilleux traité de pathologie des caractères qui ait jamais été écrit, l'auteur trouve dans *Lourdes* et dans *Paris* un plan de thérapeutique et de prophylaxie sociales conçu dans le but de combattre les maux qui affligent la France. Zola lui apparaît comme un précepteur éthique et un réformateur social. Mais s'il admire l'observateur, il critique les exagérations idéo-émotives de l'homme de race latine qui lui font entrevoir la réalisation d'un idéal de justice et de bonheur par des moyens immédiats et non du fait scientifique d'un lent perfectionnement. Faut-il, avec Nordau, faire de Zola un dégénéré, exhibitionniste, coprolalique, idéaliste, ou bien le voir, avec Tolstoï, Bovio, et d'autres, nimbé de l'auréole des intelligences supérieures et peut-être du génie? Il n'est, pour Bianchi, ni un dégénéré, ni un pessimiste. Quant au génie, il n'apparaît dans aucune de ses œuvres prises isolément, car il n'y a nulle part création. Mais ce qui est génial, c'est la conception artistique d'une immense représentation de la vie moderne et surtout de la pathologie; géniale aussi, la force morale de l'homme. Zola est mort à temps; il ne pouvait plus que se répéter ou diminuer. Il a laissé mieux éclairées qu'en aucun temps les deux voies qui s'ouvrent à la vie des peuples comme à celle des individus : celle de l'injustice, de la paresse et de la débauche, synonymes de dégénérescence et de misère, et celle de la vérité, de la justice et du travail, route de l'évolution et de la victoire.

XVI. — *Recherches expérimentales sur le rétrécissement de la pupille à la convergence dans les mouvements latéraux et à la convergence des globes*; par le Dr A. Marina (Fasc. VI). — D'expériences très délicates tentées sur l'œil de singe, l'auteur conclut que la réaction pupillaire à la convergence peut être indépendante de la réaction à l'accommodation et que, par

©BIUM



suite, l'hypothèse qui ferait de la réaction à la convergence seulement une réaction d'accommodation ne peut se soutenir.

XVII. — *Sur les troubles de l'orientation topographique*; par le Dr C. Colucci (Fasc. VI). — Longue étude psychologique à propos d'une intéressante observation d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, lorsqu'il arrivait à une bifurcation de rues et notamment à un carrefour dont aucune rue ne se continuait en ligne droite, éprouvait l'illusion d'un déplacement de tout l'horizon suivant un angle qui allait presque à 90 degrés, et devait se livrer à une série de calculs mentaux pour s'orienter dans la direction convenable. Il y avait angoisse au moment où allait se produire l'illusion et fatigue après. L'auteur a eu l'idée d'employer la boussole à corriger ce curieux trouble. Dans les premiers temps de l'emploi de cet instrument, le sujet voyait l'aiguille de la boussole tourner avec l'horizon. Peu à peu il rectifia ses perceptions.

XVIII. — *Psychopathologie des néologismes. Une famille de néologistes*; par le Dr Sante de Sanctis (Fasc. VI). — L'auteur a eu l'occasion d'étudier toute une famille dominée par l'hérédité psychopathique et diathésique, dans laquelle s'est créé peu à peu un vocabulaire assez développé de néologismes dont il donne quarante-sept exemples. Les néologismes pathologiques et anormaux sont, comme les néologismes normaux, des emprunts subconscients à des langues connues des néologistes et plus ou moins déformées; ils ne sont jamais des créations absolument neuves. Ils dérivent de perceptions sensorielles ou d'impressions dans la sphère de la sensibilité générale. Chez les délirants, ils naissent souvent par interférence; chez les déments, par association automatique de sons insignifiants; chez les hystériques, les déments précoces, les séniles, ils se produisent par une sorte de jeu et sont un fait de puérilisme mental.

TH. TATY.

# BIBLIOGRAPHIE

*Over de gezinsverpleging van hulpbehoevenden* (L'assistance familiale des déshérités); par les Drs Meeus, de Ghéel, et Ghys, d'Anvers. Broch. in-4°. Extrait des « Actes du septième Congrès flamand des Sciences naturelles et médicales », tenu à Gand le 27 septembre 1903. Broch. in-4°, Bruges, Witteryck-Delplace, éditeur.

Cette brochure de 33 pages, illustrée de nombreuses et artistiques photogravures, n'est autre que le rapport préalable dont avaient été chargés les auteurs en vue du Congrès de Gand. C'est, disons-le de suite, un ouvrage des plus consciencieux, des plus nourris et, chose appréciable, des plus intéressants. Il se divise en quatre principaux chapitres : le premier, consacré aux *Considérations générales* réclamées par le sujet, nous initie au mouvement de la population secourue, en Belgique, en même temps qu'aux tendances administratives modernes. Le nombre des assistés de tout ordre y augmente, comme ailleurs; l'assistance, de son côté, incline à la centralisation, « à l'administration facile avant tout, fût-ce au détriment des puissantes aspirations primordiales qui portent l'homme vers la liberté, la famille, la vie sociale ». Le traitement domestique est donc progressivement délaissé, les établissements de bienfaisance se multiplient : maisons de secours, orphelinats, refuges pour la vieillesse, hôpitaux, asiles, etc. En 1852, la Belgique détenait 3.841 aliénés; 15.400 en 1901. Leur entretien coûte, annuellement, de 6 à 7 millions; quant à la construction des locaux appropriés, on peut la regarder comme nécessitant un débours minimum de 3.500 francs par lit. Outre l'économie nette résultant de ce dernier article, combien plus avantageuse serait l'hospitalisation familiale! De plus, à ce *modus vivendi*, la dignité de l'infirme, du vieillard, de l'insuffisant, comme, aussi, son bien-être moral et physique, trouveraient leur compte. Dans la décentralisation repose donc l'avenir; la famille doit, encore, comme jadis, constituer le mi-

©BIUM



lieu de choix pour le placement des déshérités. C'est là un désir et un espoir, une quasi-certitude même, et non pas, seulement, un rêve conçu par le cerveau de quelque philanthrope égaré. Déjà, plusieurs Congrès, spéciaux ou généraux, ont abordé la question et se sont prononcés en faveur de cette réforme, déclarée urgente (Paris, 1901; Anvers, 1902; Edimbourg, 1903). « L'élan est donné; le mot superbe de Florence Nichtingale est en voie d'exprimer une vérité : Les hôpitaux ne sont qu'un lieu d'étape dans notre civilisation; l'assistance domestique est le but final de nos efforts. »

Le chapitre II expose l'*Organisation* du placement à domicile. En dehors des particularités du service propre qu'exigent les différentes catégories d'assistés, on peut considérer deux types de subsistance familiale, selon que le bénéficiaire est secouru à son propre foyer et demeure parmi les siens, ou qu'il loge sous un toit étranger. Le premier cas peut être dit idéal; il réunit, en effet, toutes les conditions économiques, affectives et morales qu'on peut souhaiter; malheureusement, nombre de circonstances fâcheuses le rendent, souvent, inapplicable.

Avec le troisième chapitre, nous abordons l'*Assistance familiale des aliénés*. Il comporte deux paragraphes répondant aux divisions du chapitre précédent. Dans cette catégorie de malades, ceux-là, surtout, peuvent bénéficier du maintien au logis, qui ne sont pas guérissables; certains idiots ou imbéciles, soit perfectibles, soit déjà relevés, quelques épileptiques ou déments tranquilles, des séniles, par exemple, sont à traiter de la sorte, à laisser chez eux, si, du moins, les ressources domestiques permettent de leur assurer des soins convenables; à cet effet, une annuité devrait être allouée aux plus nécessiteux. Pour les raisons déjà signalées, la plus grande part des aliénés en subsistance habitent chez autrui; Ghéel est le lieu historique où prit naissance et fleurit à souhait l'industrie du placement hétérofamilial; en 1885, Lierneux fut fondé dans les mêmes vues, à l'intention des aliénés de langue française; enfin, après un voyage en Ecosse où, depuis des années, prospère la même institution, le Dr Marie ouvrait, à Dun-sur-Auron, un établissement similaire.

Le « Traitement familial des aliénés » paraît donc gagner du terrain; au Congrès d'Anvers (septembre 1902), les applaudissements unanimes de l'assemblée saluaient le Dr Tamburini déposant ce vœu : « Puisse l'assistance domestique s'étendre sous toutes ses formes! » et, au nom d'une trentaine de méde-

cins allemands, le Dr Alt émettait une motion additionnelle ainsi conçue, dans son premier article : « Le séjour en famille est la forme de traitement la plus naturelle, la plus libérale, la meilleure, la plus économique, pour une bonne partie des intéressés, et constitue, en outre, un précieux instrument de curation ». Une grosse question reste, cependant, à résoudre : quelle est, en cette matière, la meilleure méthode à préconiser pour l'avenir? Le système écossais place aux champs ses chroniques; pas de direction spéciale; visite médicale, une fois l'an. La ville de Berlin procède pareillement : ses malades sont hébergés par des ouvriers ou de modestes habitants des faubourgs. Le système de Ghéel (Belgique et France) a, pour pivot, un petit édifice central — l'*infirmerie* — où s'observent les nouveaux venus, où évoluent les maladies incidentes, où résident temporairement les sujets inaptes, par occasion, à la vie de famille. Au large de l'Infirmerie, à laquelle sont annexés des bureaux et des magasins, les aliénés logent chez les paysans et les propriétaires d'alentour, et, là, reçoivent, par semaine, par quinzaine ou par mois, la visite régulière d'inspecteurs spéciaux et de médecins. Une disposition analogue est adoptée à Veldwijk, Meerenberg et Grave, en Hollande. Entre ces pratiques, déterminer la meilleure est chose difficile; une foule de facteurs entrent en ligne de compte dont il faut faire état. De sorte que, chacune d'elles peut avoir ses avantages, selon le temps, le lieu, les mœurs du pays, le caractère des nourriciers, le type des malades, etc.

Afin de donner une idée exacte de l'assistance familiale, d'après le faire de Ghéel, les auteurs entrent dant une description minutieuse de cette colonie et mettent sous nos yeux des vues, des scènes familières, des portraits, photogravures des mieux réussies qui relèvent encore l'intérêt, déjà si prenant, offert par le texte. On n'en saurait donner ici qu'une très sèche analyse, alors qu'une traduction complète ne serait pas de trop, vu l'importance du sujet, à l'heure présente. La colonie comprend essentiellement : 1° Un groupe central ou médian, communément appelé Infirmerie; 2° un groupe extérieur : c'est le village avec ses quatre quartiers. — A. L'infirmerie fut bâtie, en 1862, sur les plans de l'aliéniste Guislain; elle est à trois corps, celui du milieu divisé en deux sections (hommes et femmes) pouvant contenir ensemble soixante malades. Le service est fait par quatre religieuses, d'une part, et quatre laïques, de l'autre. L'aile gauche abrite le cabinet du médecin

©BIUM



directeur, une petite pharmacie, la bibliothèque; à droite, sont les bureaux du secrétaire, de l'économe, du dépensier. Dans le jardin, s'élèvent deux pavillons d'isolement pour contagieux, plus un dépositoire avec salle d'autopsies et laboratoire de recherches. A côté, se trouvent, aussi, quelques logements d'employés. Le service médical de l'infirmerie est confié au médecin directeur; au laboratoire, est préposé un spécialiste qui s'occupe exclusivement de recherches scientifiques. — B. Ghéel est une forte commune rurale de 11.853 hectares, peuplée de 13.500 habitants; elle comprend 9 paroisses, dont 2 urbaines, Sainte-Dimphna et Saint-Amand, agglomèrent environ 6.000 âmes, formant une petite ville qui, par ses maisons riantes, ses rues larges, ses marchés populeux, cause la meilleure impression. Le paysan des paroisses extérieures est laborieux, grave et sobre; ses autres qualités générales en font un excellent nourricier, sa patience, notamment, et son affabilité; c'est là, du reste, un caractère commun à toute la contrée. Les malades sont, autant que possible, placés dans un milieu analogue à celui d'où ils proviennent : les paysans aux champs, les citadins en ville, les ouvriers chez leurs confrères. De même, aux irritables s'ouvrent des maisons paisibles, dénuées d'enfants, éloignées de la foule; aux violents, des familles où une résistance éventuelle peut être exercée; aux épileptiques, aux malpropres, un intérieur que peuplent des adolescents, de façon à ce que se trouvent multipliés, autour de ces malheureux, et les mains, pour le secours, et les yeux, pour la surveillance. Le nombre et la variété des résidences sont amplement suffisants pour assurer à chaque aliéné un placement convenable et lui rendre ainsi, profitable à la fois, et moins pénible la séparation d'avec les siens.

A l'effet d'assurer une administration et une inspection plus faciles et plus régulières, la colonie est divisée en quatre sections indépendantes; à la tête de chacune est placé un médecin responsable, assisté de deux quarteniers (surveillants).

Le médecin visite ses malades aussi souvent qu'il le juge à propos; mais, il est tenu de voir, au moins une fois par semaine, les curables et, tous les mois, les chroniques; il ne doit pas faire de clientèle, ni de politique. Il soumet quotidiennement un rapport au médecin-directeur. Les quarteniers, au nombre de sept, sont des employés officiels; ils doivent parler, écrire le flamand comme le français, être de bonnes mœurs et de saine constitution; ils sont dégrossis, préalablement, à l'infir-

©BIUM



merie centrale. Ils inspectent les assistés, toutes les quinzaines, et font œuvre, à la fois médicale et administrative; comme les autres fonctionnaires de la colonie, ils peuvent exercer leur droit de visite à toute heure du jour et de la nuit. Le personnel de surveillance est complété, dans les sections, par deux maîtres baigneurs, chacune d'elles ayant son pavillon hydrothérapique indépendant. A l'heure du bain, le patient, conduit par son nourricier, est amené devant le médecin, examiné, pesé, puis inscrit, quant à son poids, dans un registre *ad hoc*, ainsi que dans un livret individuel; les variations pondérales, d'un bain à l'autre, sont, par là, facilement constatées et, pareillement, les conditions sanitaires de l'individu.

Sur 2.350 habitations, à Ghéel, 1.234 hébergent des non-sensés; elles doivent, pour que la demande faite par leurs tenanciers soit accueillie, répondre à certaines obligations hygiéniques, comme la famille et la conduite de ces derniers à certaines exigences morales stipulées dans un questionnaire spécial. Divers prix de journée sont alloués, pour les indigents: 0 fr. 64, 0 fr. 80, 1 fr. 05, d'après la catégorie où ceux-ci figurent; naturellement, un travailleur rapporte moins, de capitation, qu'un infirme; quant aux pensionnaires, il en est de toute *valeur*, entre 500 et 5.000 francs, par an. Ces payants, au 31 décembre 1902, atteignaient le nombre de 260, contre 1.586 nécessiteux; ce qui donne, au total, 1.846 personnes, soit 1.022 hommes et 824 femmes. Durant la même année, les entrées montèrent à 162, les sorties à 166 unités, les guérisons à 20 p. 100 des premières, les décès à 4,7 p. 100 de la population globale. Toutes les formes mentales se rencontrent, à la colonie : néanmoins, les accidents y sont très rares, les attentats inconnus; on compte cinq ou six évasions par an.

Ces heureuses conditions proviennent de ce que « Ghéel peut « être considéré comme un grand organisme, une vaste famille « dont les centaines de pensions forment autant de membres « et où chacun s'intéresse, non seulement à la bonne marche « de ses affaires, mais, encore, à celles de son voisin; ainsi, « chaque nourricier agit en zélé surveillant de ses propres « hôtes et, au besoin, de ceux d'autrui; si bien que, finalement, « la population tout entière s'active au bien des malades ».

A Ghéel, l'infirmerie centrale est chose accessoire, l'assistance à domicile étant l'institution essentielle; ailleurs, où le placement familial s'exerce autour d'un asile, celui-ci constitue la base même de la méthode; de sorte que la majeure partie des

malades demeure sous clé, tous ceux qui le feraient aisément ne bénéficiant pas des avantages possibles. C'est ainsi que, à Meerenberg, une ordonnance officielle limite au dixième de la population séquestrée le chiffre du contingent en subsistance au dehors et que, à Veldwijk, 80 individus, à peine, vivent chez l'habitant.

Jusqu'à quel point, du moins, l'entretien domestique des aliénés pourrait-il remplacer le traitement manicomial? Van Deventer, Van Dale et W. Vos estiment que la proportion atteindrait 20 à 30 p. 100 des intéressés (Amsterdam, 1902) : le Dr Alt donne les mêmes nombres, pour l'Écosse et la Belgique, tandis que nos auteurs élèvent à 33 p. 100 le taux de ce dernier pays ; encore, estiment-ils que les établissements fermés retiennent, malgré tout, quantité de sujets passibles du traitement familial ; le Dr Depéron, médecin-directeur de la colonie de Lierneux, en évalue le montant au quart, environ, des maintenus. Quoi qu'il en soit, et en dépit des timidités du « placement autour d'un asile », l'avenir est au système de Ghéel.

Du reste, et c'est, au début du chap. IV, une des conclusions de ce travail : Établissements spéciaux et Traitement familial ne s'excluent pas; aux premiers, incomberaient les sujets en évolution morbide, ceux réclamant des soins particuliers ou une surveillance assidue, les criminels, les épileptiques; au second, quelques malades curables, et, surtout, les chroniques inoffensifs. Quant à décider s'il faut organiser ce genre d'assistance sous forme de colonie ou dans le voisinage d'un asile, c'est affaire de circonstances, de temps et de lieu. Cette dernière méthode est de plus facile application ; après des débuts modestes, elle peut étendre progressivement son domaine et son esprit jusqu'à la conception et la réalisation opportune du type Ghéel.

Celui-ci, même, gagnerait, aujourd'hui, à posséder en son centre un asile important ; beaucoup de postulants y sont refusés, pour se trouver dans la période aiguë de leur affection, versés dans un établissement clos et définitivement perdus pour l'assistance familiale. Si l'asile existait, ils y seraient soignés et, en cas de transformation chronique de leur mal, pourraient bénéficier, tôt ou tard, des faveurs du régime domestique. Disons, pour conclure, que celui-ci vaut ce que valent ses nourriciers et, à ce titre, que Ghéel sera, longtemps encore, Ghéel, c'est-à-dire l'idéal.

E. Nicolau.

©BIUM



*Rapport sur les enfants anormaux*, présenté à M. le Préfet de l'Yonne, par le Dr Wahl, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés d'Auxerre. In-8°, 120 p., 1905.

Tout a été dit, et redit, et bien dit, sur la nécessité qu'il y a d'assister les enfants anormaux et sur les meilleurs moyens qui s'offrent de leur assurer cette assistance. M. Wahl n'était donc pas en peine pour trouver, dans la littérature médicale, les éléments de l'exposé que lui demandait de cette question le Conseil général du département de l'Yonne. Mais il l'a fait avec un luxe d'arguments et une force de conviction qui donnent à ce rapport administratif la valeur et l'allure du plus chaleureux des plaidoyers.

D'après une enquête à laquelle il fut procédé suivant un questionnaire rédigé par M. Wahl, l'Yonne devrait assurer l'assistance d'une centaine environ d'arriérés de différentes catégories.

Une première solution, « très économique et très sage », consisterait à confier ces enfants à l'Asile départemental des aliénés ; mais des raisons d'ordre légal, d'ordre administratif, d'ordre médical, d'ordre financier rendent cette solution inacceptable.

A l'Asile d'Auxerre est annexée la colonie agricole du Verger, et cette colonie comprend déjà un pavillon spécial réservé aux idiots du sexe masculin : ne serait-il pas indiqué de prendre ce pavillon comme amorce d'un asile-école d'arriérés? Après étude de la question, M. Wahl conclut qu'il ne résulterait de cette adaptation aucune économie appréciable, et il n'aperçoit à cette façon de procéder que des inconvénients, aucun avantage.

Il ne lui paraît guère plus expédient d'avoir recours à l'établissement privé de Meyzieux (Isère), qui est situé trop loin de l'Yonne, et dans lequel les placements seraient onéreux pour les finances départementales ; tout au plus, à son avis, pourrait-on l'utiliser transitoirement et pour un petit nombre de sujets.

Reste une dernière solution, à laquelle M. Wahl réserve toute sa faveur, et qui lui semble « la plus conforme au bon sens, à l'équité et à l'économie » : ce serait la création d'un établissement interdépartemental, tel que l'avait naguère conçu M. Rey pour la région du Sud-Est de la France, tel aussi que

le prévoient les différentes propositions de revision de la loi de 1838. Nous nous plaisons à penser que M. Wahl ne se dissimule en rien les difficultés auxquelles se heurte la réalisation de semblables projets, et qu'il saura s'assurer tous les concours nécessaires pour mener cette œuvre à bonne fin.

GEORGES VERNET.

---

*Considerazioni sulla fisiopatologia e sulla teoria del tic* (Considérations sur la physiologie pathologique et sur la théorie du tic) ; par le Dr Siccardi. Broch. in-8°. Extrait de l'*Annuaire du Manicome d'Ancône*, 1904.

C'est un très intéressant résumé des divers travaux publiés sur cette importante question ; une très large part est faite à ceux de nos compatriotes, et c'est justice. Le tic est une faiblesse irritable particulière, qui se traduit par un mouvement qui, après avoir été volontaire et adapté, reste adapté mais n'est plus volontaire, et qui, comme l'impulsion et l'obsession, s'accompagne d'angoisse avant d'être exécuté, et d'une sensation de satisfaction après qu'il a été accompli. On ne le rencontre que chez des prédisposés ; mais l'auteur ne peut admettre avec M. Magnan que ce soit là un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale, car, pour lui, on trouve le tic très souvent chez de simples prédisposés non dégénérés ; il cite à l'appui de son opinion les exemples de Molière, de Pierre le Grand et de Napoléon ; cette objection n'est peut-être pas aussi convaincante que le suppose Siccardi. Quoi qu'il en soit, comme Meige et Feindel, l'auteur reconnaît au tiqueur une infériorité mentale relative ; il discute longuement les relations qui unissent, bien qu'elles ne les identifient pas, la maladie des tics à l'hystérie et à l'épilepsie, et insiste surtout sur la proche parenté de la neurasthénie et du tic ; il expose également la théorie polygonale de M. le professeur Grasset, et admet l'heureuse distinction qu'a faite M. le professeur Brissaud entre le tic et le spasme. Comme la chorée, le tic apparaît généralement dans l'enfance ou à la puberté (de Giovanni) ; il peut s'accompagner d'écholalie, de coprolalie et même d'épilepsie. On voit par là que si légère que paraisse cette affection, elle n'en est pas moins proche parente des maladies les plus graves du système nerveux, et qu'on ne saurait la considérer comme bénigne.

L. WAHL.

---

©BIUM



*Una famiglia coreica. Nota clinica con brevi considerazioni sulla profilassi individuale.* (Une famille choréique ; note clinique avec de brèves considérations sur la prophylaxie individuelle) ; par le Dr Ant. d'Ormea. Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*. Anno XX.

Une famille de paysans des environs de Ferrare a offert pendant quatre générations dix sujets qui ont été successivement atteints de la forme typique et classique de la chorée de Huntington ; chez quatre d'entre eux les symptômes présentèrent une gravité telle qu'on dut les interner ; on a cependant noté seulement chez deux d'entre eux des idées de suicide dont on n'a pas pu trouver la trace pendant leur internement. On est donc en droit de se demander si ce n'est pas là une formule banale de certificat à fin d'admission à l'asile. Ces faits confirmeraient, dans une certaine mesure, l'opinion de Ladame, pour qui les idées de suicide ne font pas partie intégrante du tableau clinique de la maladie de Huntington. Une de ces malades avait des impulsions à frapper et avait plusieurs fois menacé les siens de coups de couteau. Un seul membre de cette famille parmi ceux qui ont actuellement dépassé la trentaine a échappé à la lourde prédisposition qui pesait sur lui ; c'est aujourd'hui un homme de quarante-neuf ans qui a perdu très jeune sa mère, morte en couches. L'auteur voit là comme une sorte de prophylaxie possible de la maladie par l'éducation des jeunes sujets loin des malades et des psychopathes tarés. L'anatomie pathologique n'a rien appris de nouveau dans les cas où elle a été étudiée ; cependant un des sujets était remarquablement microcéphale, son cerveau ne pesait que 728 grammes.

L. Wahl.

---

*Sul modo d'esaminare un alienato* (Sur la manière d'examiner un aliéné) ; par le Dr G. Peli. Brochure in-8°. Extrait du *Bollettino delle scienze mediche di Bologna*, 1904.

Ce court travail s'est largement inspiré de celui du regretté Pierre Roy sur le même sujet : il n'en est pas moins intéressant par les sages conseils que l'auteur donne aux praticiens non spécialisés sur la manière d'entrer en rapport avec les malades de cette catégorie toute particulière, et surtout sur les

réserves qu'imposent le diagnostic et le pronostic des affections mentales à celui qui n'en a pas une grande habitude : il insiste tout particulièrement sur l'étude psychologique du sujet avant l'apparition de la maladie, et sur les premiers stades de l'affection, sur l'étude des stigmates physiques de dégénérescence, sur la difficulté du diagnostic différentiel des illusions, des hallucinations et des interprétations délirantes, sur la nécessité d'user parfois (assez rarement il est vrai) de stratagème pour capter la confiance d'un sujet rebelle à l'examen médical. I recommande d'étudier avec soin le terrain sur lequel évolue la maladie, la nature des idées délirantes, celle des hallucinations, les réactions possibles du sujet, et surtout de soigner tout particulièrement l'examen somatique et l'étude des urines et de la réflectivité. Enfin, l'auteur soulève la question de la simulation, rare dans la pratique civile, commune chez les délinquants et dans l'armée, et recommande tout particulièrement aux médecins militaires de tenir le plus grand compte du début de certaines formes de démence précoce, hébéphrénique, qui souvent font songer à la simulation, alors qu'on se trouve en présence d'une maladie mentale des plus rebelles et des plus sérieuses. Plus difficile à déceler est la dissimulation de certains paranoïques.

Enfin, il conseille aux praticiens de ne pas vouloir faire un diagnostic trop précis, et, sauf dans quelques cas bien caractérisés (paralysie générale), de ne faire qu'un diagnostic symptomatique en évitant de confondre les psychoses avec les délires « d'hôpital », accompagnant les maladies aiguës et chroniques.

On doit maintenir les malades au lit en attendant leur transfèrement dans un asile où il vaut mieux les envoyer le plus tôt possible, les distractions et les voyages n'ayant le plus souvent que des résultats déplorables. L. Wahl.

---

*La cavità glenoidea dell'osso temporale nei sani di mente, negli alienati et nei criminali* (La cavité glénoïde de l'os temporal chez les normaux, les aliénés et les criminels); par le Dr G. Peli. Travail communiqué au Congrès fréniatrique de Gênes, séance du 22 octobre 1904. Brochure in-8°. Extrait du *Bollettino delle scienze mediche di Bologna*, 1905.

L'auteur a étudié à ce point de vue de nombreux crânes : 200 de normaux (100 hommes et 100 femmes), 23 d'hommes

©BIUM



de races africaines, 22 de suicidés (19 d'hommes et 3 de femmes), 164 d'aliénés (94 hommes et 70 femmes), et 98 de criminels (94 hommes et 4 femmes). Voici ses résultats, rapportés à 100 sujets de même catégorie. La cavité glénoïde existe chez les hommes normaux 79 fois à droite et 71 fois à gauche, chez les femmes normales 72 fois à droite et 65 fois à gauche; chez les Africains on ne la trouve que 78 fois à droite et 70 fois à gauche; chez les suicidés hommes 63 fois à droite et 53 à gauche; chez les femmes suicidées, 33 fois à droite et 62 à gauche; chez les aliénés, 32 fois à droite et 27 à gauche; chez les aliénées, 28 fois à droite et 24 fois à gauche; chez les criminels, 30 fois à droite et 19 fois à gauche; chez les criminelles, 25 fois de chaque côté. De ces constatations, l'auteur conclut que la cavité glénoïde diminue de fréquence des blancs aux nègres, mais qu'elle est plus rare encore chez les suicidés, les aliénés et surtout les criminels, c'est-à-dire chez les sujets qui ont le moins évolué d'après les théories lombrosiennes.

L. WAHL.

---

*Die Pupillenstörungen bei Geistes-und Nervenkrankheiten* (Des troubles pupillaires dans les maladies nerveuses et mentales); par le Dr Bumke. 1 vol. in-8°, Iena, Gustav Fischer, 1904.

C'est un livre de références que celui-ci. On y trouvera tout ce qui a été dit sur les modifications pupillaires dans les affections nerveuses et mentales. Mais si, comme le dit l'auteur, une comparaison de nos connaissances actuelles avec celles du temps de Baillarger et de Siefert nous donne quelque satisfaction, celle-ci s'amoindrit néanmoins quand on voit, par la lecture même de cette monographie, combien peu les innombrables travaux sur ce tout petit territoire de la pathologie nous ont vraiment renseignés sur ce que nous voudrions savoir. Et déjà, rien que pour l'examen des réflexes pupillaires, que de procédés différents, comme ceux que l'auteur décrit à la page 131, ceux de Hess, de Schirmer, de Bach et Bartels, etc. On remarquera que tout cela est bien compliqué pour des procédés cliniques, et que l'on risque fort avec tous ces appareils de changer singulièrement l'état mental et nerveux du patient. C'est déjà souvent bien assez difficile d'examiner les pupilles d'un aliéné dans une chambre obscure avec une simple bougie! Quoi qu'il en soit, ce travail de M. Bumke sera fort utile pour tous les neurologistes et les aliénistes.

PH. CHASLIN.

---

©BIUM



# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Criminal responsibility; par le Dr Charles Mercier. 1 vol. in-8° de 232 pages, cartonné à l'anglaise. Oxford, The Clarendon Press, 1905.

— Identidad y filiaciones; par le Dr Alfredo Giribaldi. Avec une préface du Dr Irureta Goyena. 62 pages in-8°. Montevideo, Talleres A Barreiro y Ramos, 1905.

— Beitrag zur Landry'schen Paralyse; par le Dr Julius Donath. 9 pages in-8°. Extrait de la *Wiener klinischen Wochenschrift*, 1905, n° 50.

— Instructions concernant l'organisation du service médical de la Maison de santé de Ville-Évrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales; par les Drs Paul Sérieux et Roger Mignot. 66 pages in-8°. Paris, O. Berthier, éditeur, 1906.

— Le traitement psychologique de l'alcoolisme; par le Dr Bérillon. 31 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1906.

— The relation of certain extreme emotional states of insanity; par le Dr Theodore H. Kiellogg. 10 pages in-12. Extrait du *New-York medical journal and Philadelphia medical journal*, numéro du 14 octobre 1905.

— Physionomie et mimique chez les aliénés; par le Dr Armand Laurent. 87 p. in-8°. Paris, Masson et Cie, 1906.

— De la cause du sommeil lucide, ou étude de la nature de l'homme; par l'abbé de Faria. Réimpression de l'édition de 1819, avec Préface et Introduction par le Dr D. G. Dalgado, de l'Académie royale des sciences de Lisbonne. 1 vol. in-12 de 132 pages. Paris, Henri Jouve, 1906.

— Actualités scientifiques; par Max de Nansouty. 2e année. 1 vol. in-12 de 365 pages. Paris, Schleicher frères, 1905.

— Enseignement dans les Ecoles d'infirmiers et d'infirmières des asiles d'aliénés de la Seine. Projet de programme élaboré par la Société médicale des asiles d'aliénés de la Seine. 32 pages in-8°. Paris, imprimerie A. Couerlant, s. d.

— Les origines naturelles de la propriété. Essai de sociologie comparée; par A. Petrucci. 1 vol. in-4° cart. de 256 pages. Extrait des travaux de l'Institut de sociologie de Bruxelles. Paris, V. Giard et E. Brière, 1905.

— Fifty-second annual report of the trustees of the Taunton insane hospital, for the year ending september 30, 1905. 57 pages in-8°. Boston, 1906.

©BIUM



— Psychose aiguë par auto-intoxication gastro-intestinale et rénale; par les Drs Doutrebente et Olivier. 4 pages in-4°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*, numéro du 3 décembre 1905.

— Nervous and mental manifestations of pre-pernicious anemia; par le Dr Langdon, de Cincinnati. 11 pages in-12. Extrait du *Journal of the American medical Association*, november 1905.

— Traitement des chorées et des tics de l'enfance. Alitement et isolement. Discipline psychomotrice; par le Dr André Bruel. 103 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1906.

— Forty-sixth annual report of the board of directors and superintendent. Longview Hospital, Cincinnati, Ohio. For the year 1905. 64 pages in-8°. Cincinnati, 1905.

— Un cas d'obsession hallucinatoire à forme de perversion sexuelle (bestialité); par le Dr Maurice Olivier. 4 pages in-4°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*, janvier 1906.

— The one hundred and eighth annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane. Catonsville, M. D. November, 18th, 1905. 55 pages in-8°. Baltimore, 1905.

— L'alcoolismo; par le Dr Giovanni Allevi. 1 vol. in-18 cart. (221 pages), du *Manuali Hoepli*. Milan, Ulrico Hoepli, 1906.

— Hypothermie chez un paralytique général; par les Drs L. Marchand et M. Olivier. 8 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, s. d.

— Twelfth annual report of the State asylum for the Chronic insane of Pennsylvania, for the year ending 20, 1905. 48 pages in-8° avec planches. Wernesville, 1905.

— Le docteur Paul Garnier. 1848-1905. Broch. in-8° de 43 pages avec portrait. Clermont (Oise); imprimerie Dain, s. d.

— 26th annual report of the State hospital for the insane S. E. District of Pennsylvania. Norristown, P. A., for the year ending september 30, 1905. 94 pages in-8° avec planche, 1905.

— First annual report of the Manhattan State hospital to the Board of Managers, for the year ending september 30, 1905. 96 pages in-8°. Albany, 1905.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle pendant l'année 1903, présenté au Président de la République par le garde des Sceaux, ministre de la Justice. 1 vol. in-4° de 174 pages. Paris, Imprimerie nationale, 1905.

— L'Affaire Ardisson. Contribution à l'étude de la nécrophilie; par les Drs Michel Beltrud et Edmond Mercier. 1 vol.

©EIUM



in-12 (cartonné à l'anglaise) de 126 pages avec planches. Paris, G. Steinheil, 1906.

— Reports of the trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the corporation at its sixty-second annual meeting, january 24, 1906. Providence, R. J. 44 pages in-8° avec planches. The Providence Press, 1906.

— Considérations sur quelques degrés de la responsabilité; par le Dr Lucien Lagriffe. 14 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1906.

— L'attention; par W. B. Pillsburg. 1 vol. in-18 (308 pages avec 2 figures dans le texte) de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*. Paris, O. Doin, 1906.

— De la vertu suggestive des médications; par M. Lefèvre. 27 pages in-8°. Extrait des *Archives médicales belges*, mars 1906.

— Forty-sixth annual report of the medical superintendent of the Matteawan State hospital. Matteawan, N. Y. (P. O. Fishkill-on-the-Hudson), for the year ending september 30, 1905. 48 pages in-8° avec planche, s. l. n. d.

— La Démence; par le Dr A Marie. 1 vol. in-18 (492 pages avec 42 figures dans le texte) de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*. Paris, O. Doin, 1906.

— Twenty-fourth annual report of the State hospital for the insane at Warren, Pennsylvania, for the year ending november 30th, 1905. 108 pages in-8° avec planches. Warren. Pa. 1906.

— Association des idées chez les idiots et les imbéciles; par le Dr Boulenger, médecin des hôpitaux de Bruxelles, et Paul Hermant. 137 pages in-8°. Gand, imprimerie A. Van der Haegen, 1906.

— Fifty-seventh annual report of the board of trustees and superintendent of the Central Indiana hospital for insane, for the fiscal year ending october 31, 1905. 91 pages in-8° avec planche. Indianopolis, 1906.

— Annual report of the managers of the Western Pensylvania hospital the department for insane at Dixmont, for 1905. 74 pages in-8° avec planches. Pittsburgh, 1906.

— Le banquet Ch. Vallon, 27 novembre 1905. 39 pages in-8° avec planches. Paris, imprimerie J. Dumoulin, s. d.

— Protestant hospital of the insane, Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1905. 53 pages in-8°. Montreal, 1906.

— Un caso di amenza. Contributo allo studio del decorso e delle varietà di questa forma morbosa; par le Dr Angelo Alberti. 10 pages in-8°. Extrait de *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1906.

©BIUM



— Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant; par le Dr Jules Donath, de Budapest. 5 pages in-8° avec figures. Extrait de la *Revue neurologique*, février 1906.

— Etude anatomique et histologique sur la surdité-mutité, par les Drs A. Castex et L. Marchand. 19 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie*, numéro du 1er avril 1906.

— The general conditions associated with insanity. Their connotations and certain deductions as to their significance; par le Dr H. A. Tomlinson, superintendent of St Peter State hospital, Minn. 24 pages in-8°. Extrait du *Journal of the American medical Association*, mars 1906.

— Diagnostic du tabes et de la paralysie générale d'après les symptômes oculaires; par les Drs A. Rodiet et P. Pausier. 7 pages in-8°. Extrait du *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine de Vaucluse*, avril 1906.

— Mimetismo nos imbecis e idiotas; par le Dr A. Austregesilo, médecin aliéniste de l'hospice national. 12 pages in-8°. Rio-de-Janeiro, 1906.

— Ninety-second annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital, 1905. 275 pages in-8° avec planches, Boston, the Barta press. 1906.

— Asile de Dury-lès-Amiens (Somme). Rapport médical et compte rendu administratif pour l'année 1905; par le Dr René Charon, médecin en chef directeur. 63 pages in-8°. Amiens. Imprimerie G. Redonnet fils, 1906.

— A assistencia a alienados no Brazil especialmente no estado do Bahia; par le Dr Nina Rodrigues. 1 vol. in-8° de 309 pages. Bahia, Typ. Cincinnato Melchiades, 1905.

— La psychose polynévritique et le béribéri; par le Dr Nina-Rodrigues. 29 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de mars-avril 1906.

— Le traitement avant et après la folie confirmée; par le Dr Xaxier Francotte. 14 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, séance du 31 mars 1906.

— Contribution à l'étude clinique de la paralysie générale en Espagne; par le Dr A. Rodriguez-Morini. 23 pages in-8°. Barcelone, 1906.

— Des Anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques. Etude historique, clinique, expérimentale et critique; par le Dr Paul Blum. Préface du professeur Bernheim, de Nancy. 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris, O. Doin, 1906.

— Las demencias primarias espontaneas; par le Dr Francesco de Veyga. 45 pages in-8°. Extrait des *Archivo de psiquiatria, criminologia y ciencias afines*, 1906.

©BIUM



— The dissociation of a personnality. A biographical study in abnormal psychology ; par le Dr Morton Prince. 1 vol in-8° de 569 pages, cart. à l'anglaise. Londres, Longmann, Green and C°, 1906.

— Contribution à l'étude de l'amnésie visuelle. Communication au XVe Congrès international de médecine ; par le Dr Julio de Mattos. 40 pages in-8°. Lisbonne, A. M. Teixeira et Cia, 1906.

— La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation ; par le Dr Paul-Emile Lévy. 15 pages in-8°. Extrait des *Archives générales de médecine*, numéro du 6 février 1906.

— Compte général de l'Administration de la justice civile et commerciale pendant l'année 1903, présenté au Président de la République, par le garde des Sceaux, ministre de la Justice. 178 pages in-4°. Paris. Imprimerie nationale, 1906.

— Demenza paralitica et segno di Kernig ; par le Dr P. de Angelis. 7 pages in-8°. Extrait du *Bolletino delle casa di Salute Fleurent*, 1906.

— Sindrome labio-glosso-faringea per lesione del solo emisfero sinistro ; par les Drs A. d'Ormea et G. Fratini. 13 pages in-8°. Extrait de la *Gazzetta degli Ospedali e della Cliniche*, 1906.

— L'onanismo precoce drei ragazzi e la sua cura psichica ; par Aug. Lemaître. 14 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di psicologia applicata elle pedagogia ed alla psicopatologia*, 1906.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical et compte administratif pour l'année 1905 ; par les Drs Giraud, directeur-médecin en chef, Pochon et Brunet, médecins-adjoints. 49 pages in-8°. Rouen. Imprimerie Cagniard, 1906.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical et compte administratif pour l'année 1905 ; par le Dr Lallemant, directeur-médecin. 58 pages in-8°. Rouen. Imprimerie Cagniard, 1906.

— Biennial report of the trustees and superintendent of the State insane hospital of Mississipi from october 1, 1903, to october 1, 1905 ; par T. J. Mitchell, superintendent. 85 pages in-8°. Nashville, Tenn., 1906.

— Twenty-seventh annual report of the managers of the Binghamton State hospital at Binghamton, N. Y., to the State Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1905. 71 pages in-8°. Albany, 1906.

©BIUM

# ASSOCIATION MUTUELLE

DES

# MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

## Assemblée générale du 30 avril 1906.

**Présidence de M. CHRISTIAN, président.**

---

L'Assemblée générale s'est tenue à 3 heures, rue de Seine, sous la présidence de M. Christian, président.

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 du trésorior pour l'année 1905 et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président rappelle que M. Thivet a été blessé récemment dans son service par un aliéné, et est heureux d'annoncer que la blessure n'aura pas de suites graves. Il propose d'adresser, à cette occasion, à M. Thivet un témoignage de sympathie.

L'Assemblée générale s'associe aux sentiments exprimés par M. le Président et décide que mention en sera faite au procès-verbal.

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

*Rapport du Secrétaire.*

Messieurs,

J'ai, conformément aux statuts, à vous présenter le rapport sur la situation de notre association, et vous allez entendre le quarantième rapport annuel.

Comme tous les ans, je rappelle que l'œuvre fondée par Baillarger en 1865 n'a pas cessé de venir en aide aux infortunes se révélant dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Nous secourons des veuves, des enfants, parfois des confrères

dans la gêne. Votre bureau et votre conseil d'administration savent combien ces secours sont nécessaires, et lorsqu'une infortune nouvelle se révèle le secours est donné le plus promptement possible, sous le contrôle du conseil d'administration.

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.

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

Depuis notre dernière assemblée générale, la mort nous a enlevé deux membres fondateurs : Max-Simon et Gilbert-Petit, et un membre sociétaire, Vernet, médecin en chef à Maréville.

Max-Simon est mort au mois de septembre dernier à Lyon, où il s'était fixé en prenant sa retraite il y a quinze ans. Il était âgé de soixante-huit ans. Il avait débuté comme médecin adjoint à l'asile de Dôle, avait ensuite été attaché aux asiles de Dijon, Blois, et avait terminé sa carrière dans les asiles comme médecin en chef à l'asile de Bron. Il écrivait volontiers, il a publié *l'Hygiène de l'esprit*, *Crimes et délits dans la folie*, *le Monde des rêves*, et dans les dernières années de sa vie il a donné toute une série de petits livres de littérature philosophique et humoristique. Max-Simon, qui était un homme aimable et n'avait en somme que des amis, se tenait volontiers à l'écart. Jamais il n'a consenti à venir aux congrès annuels des médecins aliénistes, et j'ignore si on l'a jamais vu à la Société médico-psychologique, dont il faisait partie comme membre correspondant depuis l'année 1882. Il avait comme excuse sa santé, qui avait motivé sa retraite prématurée.

Gilbert-Petit, décédé le 11 février dernier, est mort en activité de service, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Marseille, et mort, on peut le dire, prématurément. Il était né en 1857 à Nantes, à l'hospice Saint-Jacques, où son père était médecin du service des aliénés, et il était devenu à son tour médecin d'asile. Il fut successivement médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, puis de l'asile d'Alençon, et de l'asile Sainte-Gemmes, revint comme directeur médecin à Alençon et était depuis plusieurs années médecin en chef à l'asile du Mans, quand un incident, à l'occasion d'une expertise de médecine légale, fit que le préfet de la Sarthe réclamait instamment le départ du médecin de l'asile et obtint

satisfaction. Ce fut un gros chagrin pour notre confrère, qui avait encore à Nantes sa mère qu'il affectionnait et dont il allait s'éloigner. Il quittait le Mans d'autant moins volontiers qu'il était envoyé comme directeur-médecin à Sainte-Catherine d'Yzeure, où son prédécesseur avait eu des difficultés administratives, et qu'il trouvait une situation peu commode. Il ne tarda pas à solliciter un poste de médecin en chef, et fut envoyé à Marseille, où il devait mourir quelques jours après son installation.

Gilbert-Petit était un laborieux, modeste, bon confrère, fréquentant les congrès des médecins aliénistes, entré dans notre Association en 1887, aussitôt après sa nomination comme médecin-adjoint ; il était un de ceux qu'on voyait à nos assemblées générales et à la Société médico-psychologique. Fils de médecin d'asile, il se montrait profondément dévoué à notre association.

Vernet, médecin en chef à Maréville, est mort lui aussi en activité de service, et prématurément. Je l'avais connu interne à Maréville. Il débuta dans la carrière de médecin d'asile comme médecin-adjoint à l'asile de Pau. En 1894, il fut nommé directeur-médecin de l'asile d'Auch et l'année suivante médecin en chef à l'asile de Maréville. C'était un aimable confrère, ayant laissé de bons souvenirs partout où il a passé. Lors de la réunion des médecins aliénistes à Nancy, il avait assumé la charge de secrétaire général. Il faisait partie de notre Association depuis l'année 1888.

Vous vous associerez, Messieurs, à votre secrétaire pour regretter la perte de nos trois confrères, et adresser nos condoléances à leur famille.

Votre conseil d'administration a, depuis votre dernière assemblée générale, admis comme sociétaires : M. Bussard, médecin-adjoint de la maison Saint-James, avenue de Madrid, à Neuilly ; M. Pélissier, médecin-adjoint de l'asile de Marseille ; M. Rodiet, médecin-adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues ; M. Mignot, médecin-adjoint à Charenton ; M. Gimbal, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré ; M. Vurpas, chef de clinique à l'asile Sainte-Anne, nommé premier au dernier concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés.

Vous serez heureux, j'en suis certain, de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux membres.

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

| | | |
|---|---|---|
| Membres à vie. . . . . | | 2 |
| — | fondateurs. . . . . | 44 |
| — | sociétaires . . . . . | 93 |
| | Total des membres. . | 139 |

©BIUM



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

| | | |
|---|---|---|
| Asile public | de Sainte-Catherine (Allier). . | 25 fr. |
| — | de Prémontré (Aisne).. . . . . | 100 |
| — | 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). . . . . | 100 |
| — | de Rennes (Ille-et-Vilaine). . . | 100 |
| — | de Dôle (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 |
| — | de Saint-Robert (Isère). . . . . | 100 |
| — | d'Alençon (Orne) . . . . . | 50 |
| — | de Saint-Venant (Pas-de-Calais) | 100 |
| — | de Pau (Basses-Pyrénées).. . . | 100 |
| — | de Bron (Rhône). . . . . | 100 |
| — | de Bassens (Savoie) . . . . . | 100 |
| — | de Quatre-Mares (Seine-Infér^re^) | 100 |
| — | de Saint-Yon (Seine-Inférieure) | 100 |
| — | de Dury-lès-Amiens (Somme). | 100 |
| — | d'Auxerre (Yonne). . . . . | 100 |
| Asile privé | de Sainte-Marie de l'Assomption. | 50 |

Sur la demande de notre président, M. Christian, à M. Mirman, le ministre de l'Intérieur a alloué, en 1905, une subvention de 1.200 francs.

Nous en remercions M. le Ministre et M. Mirman.

©BIUM



J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :

| | | |
|---|---|---|
| Les recettes de l'année 1905, jointes à l'encaisse au 31 décembre 1904, se sont élevées à . . . . . | 16.561 | 67 |
| En caisse au 31 décembre 1904 . . . . . | 5.183 | 24 |
| Cotisations. . . . . | 2.115 | » |
| Subvention ministérielle . . . . . | 1.200 | » |
| Souscriptions d'asiles. . . . . | 2.948 | 75 |
| Intérêts des capitaux . . . . . | 5.059 | 15 |
| Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. . | 21 | 18 |
| Frais de recouvrements remboursés. . . . . | 37 | 35 |
| Total égal. . . . . | 16.564 | 67 |
| Les dépenses en 1905 ont été de . . . . . | 11.440 | 65 |
| ainsi décomposées : | | |
| A quatorze veuves de fondateurs ou sociétaires. | 7.700 | » |
| A un fils de sociétaire décédé. . . . . | 400 | » |
| A deux veuves d'anciens internes d'asile. . . . | 500 | » |
| Dépenses au Crédit foncier.. . . . . | 19 | 25 |
| Achat de 6 obligations Sud Algérien . . . . . | 2.723 | 30 |
| Frais d'administration : imprimés (14 fr. 15), recouvrements (43 fr. 90), envoi de secours (16 fr. 50), convocations, lettres, envoi du compte rendu (23 fr. 55) . . . . . | 98 | 10 |
| Total. . . . . | 11.440 | 65 |
| Restait disponible au 31 décembre 1905. . . . | 5.124 | 02 |
| Total égal aux recettes. . . . . | 16.564 | 67 |

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

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'association s'élèvent à la somme de 265.819 francs.

Le capital placé suivant les statuts et augmenté de dons et legs, représente environ 169.728 francs, et se décompose ainsi :

3.880 francs de rente, 3 p. 100.
43 obligations du chemin de fer du Midi.
30 obligations du chemin de fer P. L. M. fusion.
12 obligations du chemin de fer Est-Algérien.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1906 sont les suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| En caisse au 31 décembre 1905. . . . . | 5.124 | » |
| Cotisations. . . . . | 2.300 | » |
| Subvention ministérielle . . . . . | 1.200 | » |
| Souscriptions d'asiles. . . . . | 3.000 | » |
| Intérêts des capitaux. . . . . | 5.100 | » |
| Total . . . . . | 16.724 | » |

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

Dans sa dernière séance de janvier, le Conseil a alloué des secours qui s'élèvent à la somme de 3.750 francs ainsi répartis :

| | | |
|---|---|---|
| A douze veuves de sociétaires ou fondateurs. . | 3.550 | » |
| Au fils d'un sociétaire décédé. . . . . | 200 | » |
| Total. . . . . | 3.750 | » |

Il reste donc disponible 9.250 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième trimestre, aux éventualités qui peuvent se produire ; dès aujourd'hui le Conseil vous propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Tel est l'état de la Caisse. Ce compte rendu financier est fourni comme d'habitude par M. Mitivié, notre aimable Trésorier, dont vous connaissez tout le zèle et le dévouement pour notre Association.

J'ajouterai pour compléter ce compte rendu, qu'à la séance du Conseil d'administration du 29 janvier dernier, notre Président, au nom de l'Association, a adressé des félicitations à M. Ritti « à l'occasion de la distinction méritée dont il a été l'objet », et le Conseil d'administration a décidé que mention en serait faite au procès-verbal de la séance.

M. le Président met au voix la proposition d'allouer comme les années précédentes le secours de 500 francs aux deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.

Cette proposition est adoptée.

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

Les membres sortants sont MM. Giraud, Goujon, Motet, Semelaigne, Vigouroux.

M. Goujon est nommé membre honoraire du Conseil. MM. Giraud, Motet, Semelaigne, Vigouroux sont réélus pour une période de trois ans.

©BIUM



M. Antheaume est nommé pour la même période de trois ans.

Le Conseil est ainsi composé pour l'année 1906 :

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1907 ;

MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1908 ;

MM. Antheaume, Giraud, Motet, Semelaigne, Vigouroux, dont les pouvoirs expireront en 1909.

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 4 heures.

---

## LISTE DES MEMBRES

*Membres à vie.*

M. Christian. M. Doutrebente.

*Membres fondateurs.*

| MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|
| Antheaume. | Dagonet (Jules). | Marandon de Montyel. |
| Arnaud. | Dubuisson (Paul). | Mitivié. |
| Ballet (G.). | Duhamel. | Moreau (de Tours). |
| Biaute. | Dupré. | Motet. |
| Boubila. | Faucher. | Nolé. |
| Boudrie. | Gallopain. | Parant. |
| Briand. | Giraud. | Péon. |
| Brunet. | Girma. | Pétrucci. |
| Carrier. | Goujon. | Pierret. |
| Chaslin. | Homery. | Régis. |
| Chaussinand. | Lalanne. | Ritti. |
| Conso. | Lallemant. | Semelaigne. |
| Cortyl (Edmond). | Lapointe. | Vallon. |
| Cortyl (Germain). | Mabille. | Voisin (Jules). |
| Cullerre. | Magnan. | |

*Membres sociétaires.*

| MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|
| Adam (Aloyse). | Gilson. | Picard. |
| Anglade. | Gimbal. | Pichenot. |
| Audy. | Guyot (Aug). | Pilleyre. |
| Baruk. | Hamel. | Planat. |
| Bécue. | Hospital. | Pochon. |
| Bellat. | Jacquin. | Raffegeau. |
| Belletrud. | Joffroy. | Ramadier. |
| Bessières. | Journiac. | Rayneau. |
| Bonnet (J.). | Lalanne. | Rey. |
| Boissier. | Larroussinie. | Rist. |
| Boiteux. | Legrain. | Rodiet. |
| Bourdin. | Legras. | Roubinowitch. |
| Broquère. | Leroy. | Rousset. |
| Brunet (St-Yon). | Levet. | Santenoise. |
| Bussard. | Louis (Léon). | Séglas. |
| Chardon. | Lwoff. | Sérieux. |
| Charon. | Malfilâtre. | Sizaret. |
| Charuel. | Marchand. | Sollier. |
| Chocreaux. | Marie. | Terrade. |
| Colin. | Martinenq. | Thibaud. |
| Croustel. | Maupaté. | Thivet. |
| Danner. | Meilhon. | Toulouse. |
| Delaporte. | Mignot. | Toy. |
| Dericq. | Monestier. | Trénel. |
| Devay. | Nageotte. | Truelle. |
| Dubourdieu. | Nicoulau. | Védie (Henri). |
| Dubuisson (M.). | Pactet. | Vernet (Moulins). |
| Dumaz. | Pain. | Viallon. |
| Dupain. | Papillon. | Viel. |
| Fenayrou. | Paris. | Vigouroux. |
| Garnier (Samuel). | Pélissier. | Vurpas. |

©BIUM

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés d'avril* 1906 : M. le Dr Thivet, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.);

M. le Dr Daujean, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse);

M. le Dr Charuel, médecin en chef de l'asile de Marévillle, est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.);

M. le Dr Dromard, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône);

M. le Dr Ducos, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure);

M. le Dr Charpentier, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire);

M. le Dr Halberstadt, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne);

M. le Dr Levassort, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord);

M. le Dr Damaye, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie).

En conformité du décret du 14 août 1905, les traitements des médecins-adjoints dont les noms suivent ont été, par voie de régularisation, élevés :

1° De 3.000 fr. à 3.500 fr. : MM. Ameline et Capgras, de Dun-sur-Auron (Cher); Gimbal, de Prémontré (Aisne); Masselon, de Clermont (Oise); Mercier, de Pierrefeu (Var), et Vernet, de Moulins (Allier);

3° De 2.500 fr. à 3.000 fr. : MM. Lépine, de Bron (Rhône), et Tissot, Dury-lès-Amiens (Somme).

— *Arrêtés de mai* 1906 : M. Biéry, directeur de l'asile de

©BIUM



Saint-Ylie (Jura), est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.);

M. le Dr Journiac, médecin en chef de l'asile de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.)

En conformité du décret du 14 août 1905, le traitement de M. le Dr Cornu, médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est élevé, par voie de régularisation, de 2.500 fr. à 3.000 fr., à dater du 1er avril 1906.

— *Arrêtés de juin* 1906 : M. le Dr Bourdin, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe), est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.).

M. le Dr Lwoff, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.).

En conformité du décret du 14 août 1905, le traitement de M. le Dr Coulonjou, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est élevé, par voie de régularisation, de 3.000 à 3.500 francs par an, à partir du 1er avril 1906.

— M. le Dr Dupouy, interne des asiles de la Seine, est nommé, après concours, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris.

## SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 25 juin 1906, sous la présidence de M. le Dr Marcel Briand.

Elle n'avait cette année que deux prix à décerner, les prix Aubanel et Esquirol.

Prix Esquirol. — 200 francs, plus les œuvres de Baillarger. — Un seul mémoire a été envoyé. Ce prix n'a pas été décerné.

Prix Aubanel. — 2.500 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.* — Quatre mémoires ont été envoyés.

Un prix de 1.200 francs a été décerné aux auteurs du mémoire n° 3, MM. E. Schrameck, chef du laboratoire d'ophtalmologie à la clinique des maladies mentales; Roger Mignot, médecin, et L. Parrot, interne de la Maison nationale de Charenton;

Un prix de 650 francs aux auteurs du mémoire n° 1, MM. A. Rodiet, médecin-adjoint, Dubos et Caus, internes de l'asile de Montdevergues; F. Pausier, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Montpellier, et Bricka, chef des

©BIUM



travaux d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Marseille;

Un prix de 650 francs aux auteurs du mémoire n° 4, MM. Privat de Fortunié et Raviart, médecins-adjoints, et Lorthiois, interne de l'asile d'Armentières (Nord);

Une mention très honorable est accordée au mémoire n° 2, qui a pour auteur M. Edouard Cornu, médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées).

La séance s'est terminée par l'éloge de Jules Falret, lu par le secrétaire général, M. Ant. Ritti.

Le banquet annuel eut lieu le soir, à 8 heures, au restaurant Marguery. Plus de trente convives y assistèrent, parmi lesquels plusieurs membres correspondants, MM. Cullerre, Comar, Mignot, Rieder et Vurpas, et cinq des lauréats du prix Aubanel. La Société a profité de l'occasion que lui offrait son banquet annuel pour fêter en même temps la décoration de M. Ritti et la vingt-cinquième année de son secrétariat général. Au dessert, un superbe bronze d'art, reproduction du *Jason enlevant la Toison d'or*, de Lanson, lui a été offert, avec un album contenant les noms des souscripteurs. Des discours ont été prononcés par le président, M. Marcel Briand, qui a lu une allocution de M. Motet, empêché d'assister à la cérémonie par un deuil de famille, par MM. Vallon et Christian. M. Ritti a répondu à ces divers orateurs.

Sur le désir exprimé par les membres de la Société, ces divers discours et allocutions seront reproduits dans les *Annales*, comme annexes au procès-verbal de la séance solennelle.

## NÉCROLOGIE

Dr Lapointe. — La psychiatrie française, si éprouvée dans ces temps derniers, vient encore d'être cruellement frappée : le Dr Lapointe, directeur-médecin honoraire des asiles publics d'aliénés, a succombé presque subitement le 6 mai dernier.

Originaire de cette Lorraine qui a donné à notre spécialité tant de praticiens distingués, il était arrivé fort jeune aux fonctions de directeur-médecin : il fut attaché successivement aux asiles de Fains, de Saint-Dizier, de la Roche-Gandon et d'Auxerre. C'était un praticien des plus distingués, un clinicien de haute valeur, qui cachait un savoir profond et une grande sagacité d'observation sous une bonhomie apparente; il était de ceux qui croient qu'une bonne parole, qu'un encouragement donné à propos sont de précieux remèdes dans la thérapeutique des maladies mentales; il affectait d'ignorer les théories pédantesques dont la phraséologie sonore cherche en

vain à dissimuler sous de grands mots l'ignorance profonde où nous sommes de la véritable nature de la folie ; il croyait surtout à l'utilité du travail, non seulement comme méthode thérapeutique dans les cas aigus, mais encore comme palliatif dans les formes incurables, rendant ainsi l'existence supportable aux malheureux dont la vie tout entière doit s'écouler entre les murs d'un asile.

Grâce à une habile gestion des intérêts à lui confiés, il put, par une stricte économie des fonds des asiles, introduire de nombreuses améliorations dont bénéficiaient ses malades. Il s'improvisa architecte, entrepreneur, géomètre, agronome, pour pouvoir rendre plus heureux ceux que ses soins constants ne pouvaient ramener à la santé.

Il fut un des premiers en France à comprendre que l'asile fermé, malgré toute son utilité, n'est pas l'*ultima ratio* de l'assistance des aliénés ; il fit passer sa conviction aux membres du Conseil général de l'Yonne et à l'Administration préfectorale. Sur son inspiration, un philanthrope distingué, M. le Dr Petit (de Pont-sur-Yonne), proposa et fit accepter par le département, l'acquisition de la ferme du Verger, à trois kilomètres d'Auxerre, qui devait servir à la fois de quartier de convalescence et d'habitation pour les malades inoffensifs et travailleurs. Ce fut une grande joie pour le Dr Lapointe de communiquer au Congrès de 1900 les heureux résultats qu'il avait obtenus au Verger. Bientôt après, il se retirait des fonctions actives, et vint habiter Paris, où il suivait avec intérêt les séances de la Société médico-psychologique dont il était membre correspondant depuis de longues années, et où sa voix était toujours écoutée.

La croix de la Légion d'honneur, que lui avaient value sa longue carrière et son dévouement aux malades, ne lui fut accordée que tardivement, l'an dernier.

N'oublions ni la conduite si courageuse du Dr Lapointe aux jours sombres de l'invasion et de la défaite, ni l'attachement profond qu'il avait su inspirer à tous ceux qui l'approchèrent ; il lui en coûtait de se séparer d'un serviteur, même médiocre, ce qui ne l'empêchait pas de sévir quand il le fallait.

C'était avant tout un homme bon et juste, qui laisse après lui un noble exemple, que s'efforce de suivre son fils, chirurgien distingué des hôpitaux de Paris. Nous prions Mme veuve Lapointe et M. le Dr Lapointe fils de vouloir bien agréer nos sincères condoléances.

L. WAHL

©BIUM



## CIRCULAIRES MINISTÉRIELLES SUR L'APPLICATION DE LA LOI DU 30 JUIN 1838

### 1° *Circulaire du ministre de l'Intérieur aux préfets.*

Paris, le 18 juin 1906.

Le ministre de l'Intérieur aux préfets :

L'idée que l'un de nos semblables peut être indûment retenu dans un établissement d'aliénés est intolérable à la conscience humaine : il n'en est point qui soulève dans l'esprit public de plus vive et de plus juste émotion.

Sans aucun doute, les appréhensions de l'opinion publique sont le plus souvent mal fondées et, si de telles séquestrations se sont produites, leur nombre ne peut être que très minime; mais n'y eût-il, dans tous les établissements privés et publics de France, qu'une personne saine et, par abus ou erreur, soumise à ce régime, que le devoir s'imposerait à nous, impérieusement, de faire cesser, d'urgence, un tel scandale.

On a, sur plus d'un point, et non sans raison, critiqué la loi de 1838; en dehors même des garanties judiciaires définies par l'article 29, et en vertu desquelles, sur le pourvoi de l'intéressé ou de tout parent ou ami, le tribunal peut, après vérification, ordonner la sortie immédiate, les garanties administratives qu'elle offre, au point de vue du respect de la liberté individuelle, ne seraient donc pas négligeables, si les articles qui les formulaient étaient sérieusement appliqués; il faut qu'ils le soient.

Les placements peuvent être, d'après le titre II de la loi de 1838, ou ordonnés par l'autorité publique, ou volontaires. Des premiers vous êtes seul directement et personnellement responsable. C'est vous qui, d'office, ordonnez le placement dans le cas où vous estimez que *l'état d'aliénation de l'intéressé compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes*, vos ordres doivent être motivés, et énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires; ils sont inscrits sur un registre spécial. De plus, dans le premier mois de chaque semestre, vous devez recevoir du médecin de l'établissement, sur chaque personne ainsi placée par votre ordre, un rapport indiquant l'état du malade, la nature de sa maladie, les résultats du traitement; en suite de quoi vous avez le devoir de vous prononcer sur chaque cas individuellement, d'ordonner le maintien dans l'établissement ou la sortie.

©BIUM



Tous les ordres de ce genre que vous formulez doivent être transmis au procureur de la République, au maire du domicile des personnes soumises au placement; celui-ci en avise, sans délai, les familles; vous devez, en outre, m'en rendre compte.

Je me plais à penser que, sur tous ces points, les dispositions légales sont strictement observées.

Mais votre attention doit se porter, spécialement, sur les placements dits *volontaires*. D'après l'article 8 de la loi de 1838, tout directeur d'établissement privé ou public peut recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale si une demande d'admission lui est présentée, à cet effet, par un tiers, et si, à cette demande, est joint *un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de la maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement et de l'y tenir renfermée*; à la vérité, ce médecin ne peut être parent ou allié, au second degré inclusivement, du chef ou propriétaire de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement; mais cette réserve peut paraître une faible garantie contre certains abus possibles.

L'honorabilité du corps médical n'est pas en cause; elle est à mes yeux au-dessus de tout soupçon; mais, dans toute collectivité humaine nombreuse, des indignes peuvent se glisser et la complicité directe ou indirecte, par intérêt ou par faiblesse, d'un médecin spécialement choisi à cet effet, suffit pour qu'un crime soit tenté. Certes, le directeur de l'établissement peut, quel que soit le prix de la pension qu'on s'offre à payer, ne pas recevoir le prétendu aliéné qu'on lui présente, et l'immense majorité d'entre eux repousserait rudement une telle source de profits. Mais la loi doit prévoir, surtout en si grave matière, les exceptions; aussi a-t-elle disposé, dans ses articles 8 et 9, — d'une part que le préfet doit recevoir, dans les vingt-quatre heures, avis de l'admission et copie du certificat médical qui a motivé celle-ci, en même temps qu'un certificat du médecin même de l'établissement, — d'autre part, que, si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet doit, dans les trois jours, charger un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée, de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ; il peut leur faire adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Vous assumeriez une bien lourde responsabilité, si, en toute circonstance, vous ne veilliez pas au respect absolu de toutes ces dispositions.

Ce n'est pas tout. Après l'admission, la loi de 1838 donne encore au préfet un pouvoir très étendu. Ce pouvoir est défini par l'article 16, et les moyens de l'exercer le sont par l'article 4.

L'article 16 prescrit que *le préfet pourra toujours ordonner*

©BIUM



*la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.* C'est là un pouvoir absolu, discrétionnaire, et c'est une contre-partie nécessaire de la facilité avec laquelle l'admission a pu être prononcée. Cette décision est indépendante de celle du médecin de l'établissement, prévue à l'article 13, c'est-à-dire que, alors même que ce praticien aurait déclaré que la guérison n'est pas obtenue, le préfet peut, de sa propre autorité, s'il juge la décision de ce médecin contraire au droit humain, ordonner la sortie immédiate.

Comment, pour prendre une telle décision, le préfet s'informera-t-il? L'article 4 y pourvoit. « Le préfet, y est-il dit, et les personnes spécialement désignées à cet effet, sont chargées de visiter les établissements publics ou privés, consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. »

On doit en conclure que, s'agissant surtout de placements dits volontaires, dès que vous êtes saisi ou par la rumeur publique, ou par quelque tiers honorable, de réclamations ou simplement de doutes au sujet de la réelle aliénation d'une personne enfermée, et, *a fortiori*, quand vous êtes en présence de protestations maintenues avec persévérance par des personnes dignes de foi et paraissant désintéressées, vous avez le devoir, par application de l'article 4, de vous rendre dans l'établissement d'aliénés, seul ou accompagné de tiers dont vous jugerez la présence utile à la manifestation complète de la vérité; vous avez le devoir de vous faire présenter l'intéressé, de l'interroger ou de le faire examiner, de comparer les observations ainsi recueillies avec les déclarations antérieurement produites par le médecin ou le directeur médecin de l'établissement, et, selon votre conscience, de prendre une décision.

L'accomplissement de cette tâche ne laisse pas d'être chose délicate; mais, puisque nous trouvons ici la plus précieuse garantie administrative, prescrite par la loi de 1838 contre les abus ou erreurs dont la liberté individuelle peut être victime, ce serait pour vous une inexcusable faute de ne pas donner à ces dispositions tutélaires leur plein effet.

Je vous invite expressément à faire de ces instructions votre règle de conduite dans l'avenir.

Pour aujourd'hui je juge indispensable de dissiper, d'urgence, toute appréhension et de procéder à une sorte de bilan moral des établissements d'aliénés. Vous aurez, en conséquence, faisant une large et exceptionnelle application de l'article 4, à nommer immédiatement une commission composée d'un petit nombre d'hommes, dont l'honorabilité, l'impartialité, la sûreté de jugement et la compétence seront hautement reconnues,

d'hommes inaccessibles au désir ou à la peur de soulever des polémiques et sachant faire le bien avec simplicité.

Vous lui confierez la mission de recueillir, par les divers moyens que vous estimerez les plus efficaces, tous renseignements sur les aliénés placés volontairement dans des établissements privés ou même publics, et spécialement sur ceux dont l'aliénation a été contestée, d'examiner, avec le plus grand soin, les protestations formulées à leur sujet, et, attachant une particulière importance aux informations présentées par le médecin de l'établissement, mais sans les tenir pour décisives, de procéder à une enquête approfondie sur les cas qui paraîtront douteux.

Aucun médecin ne se plaindra d'une telle enquête; elle n'est et ne peut être redoutée par ceux qui ont conscience de leurs devoirs; elle les délivrera même des suspicions qui, en se généralisant à la suite de quelques incidents particuliers, deviennent gravement injustes et leur pèsent.

Si cette enquête, discrètement, mais minutieusement conduite ainsi qu'il convient, ne révèle le maintien dans un établissement public ou privé d'aucune personne indûment retenue, il faudra se réjouir hautement d'une telle constatation. Si d'aventure, au contraire, elle aboutissait à la libération, ne serait-ce que d'une seule personne saine, et dont le maintien dans un établissement d'aliénés ne fût point justifié, chaque homme de cœur devra se féliciter d'avoir collaboré à une telle œuvre de justice.

Vous voudrez bien, Monsieur le Préfet, m'accuser réception de la présente circulaire (qui devra être publiée dans le recueil des actes administratifs de votre département); me tenir au courant de toutes les dispositions que vous aurez prises pour en assurer la stricte application; me signaler les incidents qui pourraient se produire; m'informer, notamment et sans retard, des difficultés par lesquelles certains directeurs d'établissements privés pourraient avoir la fâcheuse idée d'essayer d'entraver son exécution, et porter à ma connaissance, dès que cela vous sera possible, d'une part le nombre des placements volontaires d'hommes ou de femmes existant, à l'heure actuelle, dans les divers établissements publics ou privés de votre département, d'autre part, la liste des personnes que vous aurez désignées comme devant faire partie de la Commission.

*Le Ministre de l'Intérieur,*

G. CLEMENCEAU.

©BIUM



2° *Circulaire du ministre de la Justice adressée aux présidents et aux procureurs généraux des cours d'appel.*

Paris, le 27 juin 4906.

Les critiques dont la loi du 30 juin 1838 est l'objet sont anciennes, et une circulaire de la chancellerie du 17 janvier 1866 en témoigne déjà. Cependant, tout en écartant la pensée que cette loi soit l'expression dernière de la législation en la matière, il semble dès à présent possible d'en tirer un meilleur parti en l'appliquant avec un soin toujours plus attentif, d'éviter les erreurs et d'assurer plus sûrement le respect de la liberté individuelle. Les magistrats peuvent beaucoup à cet égard. Non seulement, en effet, il est de principe général que la liberté individuelle des citoyens est essentiellement placée sous la sauvegarde de l'autorité judiciaire, mais encore, relativement aux personnes séquestrées dans les asiles d'aliénés, l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 donne aux cours et tribunaux les droits les plus étendus, si bien qu'il déroge même aux règles de la séparation des pouvoirs. Il importe donc au plus haut point que les magistrats, qui peuvent puiser dans la législation actuelle la possibilité de parer à bien des abus, ne négligent rien pour accomplir cette partie si importante de leur mission. Toute séquestration qui ne serait pas entièrement justifiée par l'état mental de l'interné, qui en est l'objet, constitue une atteinte intolérable à la liberté de l'individu aussi bien qu'à la conscience publique, et aucune tâche n'est plus pressante que celle qui consiste à veiller à ce que nul acte de ce genre ne puisse se produire ou se perpétuer.

L'article 4 de la loi du 30 juin 1838 désigne les personnes auxquelles appartient la faculté de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés, et, parmi celles-ci, il place le président du tribunal civil, le procureur de la République et le juge de paix. Ces magistrats recevront, ajoute le même texte, les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront à leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Le contrôle facultatif organisé par l'article 4 de la loi du 30 juin 1838 pourrait produire les plus sérieux résultats s'il était plus fréquemment et plus effectivement exercé ; mais il n'apparaît pas que les asiles d'aliénés soient très souvent visités et contrôlés par les présidents des tribunaux civils et par les juges de paix.

En dehors de ces visites facultatives, les procureurs de la

République seuls sont astreints à des visites obligatoires qui, au dernier paragraphe de l'article 4 de la loi de 1838, doivent être effectuées chaque semestre dans les établissements publics et chaque trimestre dans les établissements privés. Les instructions de la chancellerie du 17 janvier 1866 prescrivent à tous les magistrats, présidents des tribunaux civils, procureurs de la République et juges de paix, de constater leur inspection par un visa apposé sur les registres de la maison. — Enfin, à chacune des visites, le procureur de la République doit adresser un rapport au procureur général, qui, dans le courant de janvier, en envoie le résumé à la chancellerie.

Telles sont actuellement les mesures de contrôle permises ou prescrites à l'autorité judiciaire en la matière.

J'estime qu'il y a lieu, pour rendre ces mesures plus efficaces, de leur donner d'abord plus d'unité en imposant au président du tribunal civil et au juge de paix du canton dans lequel est situé l'asile les mêmes obligations de surveillance qu'au procureur de la République.

En conséquence, vous voudrez bien inviter le président du tribunal civil et le juge de paix à visiter les établissements privés d'aliénés une fois chaque trimestre et les établissements publics une fois chaque semestre.

Les présidents, procureurs et juges de paix se concerteront entre eux pour que leur contrôle s'exerce alternativement à des espaces réguliers, de façon que les établissements publics soient visités tous les deux mois par un magistrat, et que les établissements privés le soient tous les mois. Ces visites ne sauraient évidemment être de simples formalités, car, ainsi comprises, elles seraient indignes du caractère des magistrats qui les accompliraient. Bien au contraire, rien ne devra être négligé pour que leur objet soit efficace et pour qu'elles procurent des résultats sérieux; ce but sera aisément atteint, quelque pénible que soit un pareil contrôle, si celui-ci s'exerce avec la haute conscience de l'importance qui s'y rattache. Les rapports qui doivent être dressés après chaque visite mentionneront la date à laquelle le magistrat a apposé son visa sur les registres de la maison. Ces pièces seront transmises de suite, à savoir, par les présidents des tribunaux civils aux premiers présidents, et par les procureurs de la République et les juges de paix aux procureurs généraux.

Après avoir étudié ces documents, vous aurez soin, chacun en ce qui vous concerne, de me les faire parvenir immédiatement avec vos observations et votre avis.

En outre, chacun de vous voudra bien me faire tenir dans le courant du mois de janvier le rapport général que les instructions du 18 janvier 1866 se bornaient à prescrire aux procureurs généraux, et qui devra être aussi établi par les premiers

©BIUM



présidents, relativement aux visites et aux opérations de contrôle des présidents des tribunaux civils.

. . . . . .

Le respect et la protection dus à la liberté individuelle ont inspiré les dispositions de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 qui confère à un certain nombre de personnes dans des cas déterminés, et au procureur de la République ou à l'intéressé en toute hypothèse, le droit de saisir le tribunal à l'effet de faire statuer sur la cessation de la séquestration. La faculté concédée au parquet est si étendue qu'il peut en user même pour faire sortir des asiles d'aliénés des individus qui y ont été internés en vertu des ordres de l'autorité administrative. Sans doute, les conditions particulières dans lesquelles sont prescrits les placements ordonnés par l'autorité publique, les soins méticuleux avec lesquels ces mesures sont prises, offrent des garanties spéciales qui font, qu'en fait, les magistrats du ministère public n'auront pas à intervenir en pareil cas. Mais il n'est pas sans intérêt de constater que le principe de la séparation des pouvoirs fléchit devant le devoir impérieux et supérieur qu'imposent la protection et la défense de la liberté. Rien en effet ne saurait mieux démontrer la nature exceptionnellement rigoureuse des obligations de surveillance qui incombent aux magistrats.

En conséquence, dès qu'un président de tribunal civil ou un juge de paix aura acquis quelques doutes, au cours d'une des visites qu'il devra faire à l'avenir, sur la légitimité de l'internement d'un aliéné, il devra en faire part, sans différer, au procureur de la République qui, de son côté, ne devra rien négliger pour se renseigner à ce sujet par les moyens ordinaires dont il dispose. Il est clair que la mesure qui s'imposera tout d'abord au magistrat du ministère public devra consister dans un interrogatoire qu'il fera subir à l'interné. Mais il suffira que l'opportunité de la séquestration paraisse douteuse pour que le parquet n'hésite pas à présenter requête au tribunal à qui il appartiendra d'ordonner, s'il le juge à propos, telles mesures d'instruction que de droit. Celle qui sera le plus ordinairement prescrite sera évidemment l'expertise, c'est-à-dire l'examen de l'interné par un médecin commis à cet effet. Or, il convient à ce propos de signaler que l'étude des maladies mentales forme une branche particulière et spéciale des sciences médicales. En conséquence, lorsque les cours et les tribunaux auront à choisir l'expert qu'ils nommeront, ils ne devront pas perdre de vue cette considération et, dans la mesure du possible, faire porter de préférence leur désignation sur un médecin aliéniste, spécialisé dans l'étude des maladies mentales et offrant ainsi une

©BIUM



compétence de nature à donner toutes les garanties souhaitables.

Je vous rappelle que lorsqu'une demande de cessation de séquestration a échoué devant la juridiction saisie, elle peut être reproduite. Il peut se faire, en effet, que le malade ait obtenu sa guérison pendant le délai qui s'est écoulé entre la décision de rejet et sa nouvelle demande.

Enfin, et bien que l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 soit muet à ce sujet, il n'est pas douteux que le jugement intervenu en vertu de ce texte est susceptible d'appel, et que le procureur de la République a qualité pour le déférer à la juridiction supérieure.

J'attache le plus grand prix à ce que les magistrats qui ont qualité pour contrôler les asiles d'aliénés exercent scrupuleusement leur droit de surveillance, et je suis assuré qu'ils s'y appliqueront avec le plus absolu dévouement. Il n'est pas de mission plus noble que celle qui a pour objet, sinon de déjouer l'injustice, du moins de réparer l'erreur et de rendre à la liberté des malheureux dont l'état ne comporte pas la nécessité d'un internement : il n'est pas non plus de tâche qui soit plus digne d'arrêter et de retenir l'attention des magistrats, et il suffira assurément de la leur signaler pour qu'ils s'efforcent de l'accomplir avec un zèle qui ne se démentira point.

Si cependant, à l'encontre de mes prévisions, il se produisait à cet égard quelque défaillance, vous aurez soin de la porter sans retard à la connaissance de ma chancellerie.

*Le Ministre de la Justice,*

SARRIEN.

## MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Nous avons à enregistrer deux nouveaux incidents douloureux, où des membres du personnel médical de nos asiles ont été victimes de violences graves de la part des malheureux confiés à leurs soins :

I. — *Un médecin en chef grièvement blessé par un aliéné.* — Le 13 avril dernier, au moment où il faisait la visite dans la division des hommes de l'asile de Clermont, M. le Dr Thivet, fut violemment frappé par un aliéné qui, bondissant derrière lui, lui porta avec un goulot de bouteille cassé, un coup à la face. Le malade, qui visait l'œil, n'atteignit fort heureusement que la région malaire, où le traumatisme détermina une plaie contuse de 3 centimètres et une forte commotion cérébrale. Le surveillant en chef M. Badelaire et le gardien Ildis se précipi-

©BIUM



tèrent sur l'agresseur, qui les frappa l'un à la nuque, l'autre à la joue et leur fit des blessures sans gravité.

Le malade, le sieur B..., a fait le sujet d'une communication de M. Thivet à la Société médico-psychologique, en mars dernier. Il s'agit d'un débile qui, entré dans un état d'excitation maniaque assez intense, puis, calmé quelques jours après, prétendit avoir simulé la folie pour se faire réformer du service militaire. Le résultat de sa simulation étant autre qu'il ne pensait, il avoua la supercherie et demanda à être traduit devant un conseil de guerre. C'est en voyant qu'il n'obtenait pas satisfaction, qu'il crut être interné pour le reste de ses jours, et qu'il résolut de se venger de M. Thivet, se disant qu'au moins ainsi son internement aurait un motif sérieux. Il fut d'ailleurs incité à cet acte par un autre malade, un fou moral, qui vit en lui un instrument pour assouvir ses perversions instinctives. Les mobiles de l'agression de B..., ainsi que l'étude de son état mental, permettent donc d'affirmer qu'il ne s'agit pas là d'un cas de simulation vraie, mais que chez ce sujet la simulation s'est greffée sur un terrain psychopathique véritable. — R. Masselon.

II. — *Un aliéné qui blesse grièvement un infirmier et tue un autre malade.* — On télégraphie de Rouen au *Petit Journal* (numéro du jeudi 14 juin 1906) :

Un drame terrible vient de se dérouler dans un hospice d'aliénés voisin de Rouen.

Un fou, interné à l'asile de Quatremares, a, cette nuit, tué un malade pensionnaire du même établissement, après avoir grièvement blessé un de ses gardiens.

Le mois dernier, on arrêtait, à Yvetot, en flagrant délit de mendicité, un certain Jean-Marie Madec, âgé de vingt-huit ans. Cet individu était porteur de 595 francs dont il ne put indiquer la provenance. Il fut condamné à une peine de prison, mais à la maison d'arrêt d'Yvetot, où il fut écroué, il donna des signes de dérangement cérébral qui le firent mettre en observation à l'asile de Quatremares. Aux gardiens de cet établissement il déclara dernièrement qu'il n'était pas fou et qu'il avait simulé la démence pour échapper aux mauvais traitements qu'on lui faisait subir à la prison. Il ajoutait que les 595 francs trouvés sur lui provenaient d'un vol commis à Paris, et l'enquête ouverte à la suite de ces confidences établit, en effet, qu'un mandat d'amener avait été décerné contre Madec, par M. Bourdeaux, juge d'instruction à Paris.

Madec était très tranquille et était loin d'être considéré comme dangereux.

Cette nuit, il se leva et alla, sans qu'on prît garde à ce qu'il

faisait, fouiller dans les poches des vêtements du gardien, qui couche dans le dortoir, placés sur une chaise, près du lit de celui-ci. Il y trouva un couteau : sans hésiter, il l'ouvrit, et en frappa le gardien, M. Coignet, qui eut le poumon perforé ; puis, se tournant vers son camarade de lit, un paralytique général, nommé Lardenois, il lui planta son couteau dans la région du cœur et le tua sur le coup. Le fou meurtrier se dirigea alors vers la porte pour fuir. Mais avec un courage admirable, M. Coignet se leva, et bien que le sang s'échappât à flots de sa blessure, se jeta sur Madec. Il réussit à le maîtriser, mais il reçut un nouveau coup de couteau qui l'atteignit à la tempe gauche.

Quand les gardiens des salles voisines accoururent, le malheureux Coignet était à bout de force et il s'évanouit presque aussitôt.

Madec fut ligotté et placé, dans un cabanon spécial, sous la surveillance de plusieurs gardiens.

L'autopsie de la victime a été pratiquée cet après-midi par le Dr Didier, médecin légiste. Le coup de couteau a tranché l'aorte. La mort a été foudroyante.

Le meurtrier est tombé dans une sorte de torpeur et n'a pu répondre aux questions que lui a posées le juge d'instruction. Il restera à Quatremares.

Au cours de l'après-midi, M. Surugue, secrétaire général de la préfecture, s'est rendu à l'asile pour féliciter le gardien Coignet et lui promettre, au nom de l'administration, une récompense bien méritée. Le malheureux est dans un état très grave. Il est soigné par le directeur de l'asile, le Dr Lallemant.

### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite.*)

36. *Triple homicide.* — On télégraphie de Béziers à l'*Aurore* (numéro du mardi 20 mars 1906) :

Un terrible drame s'est déroulé à la villa Sainte-Marthe, appartenant à Mme Donnadieu et sise route de Capestang.

Le concierge de la villa, un nommé Lappart, âgé de soixante-cinq ans, devenu subitement fou furieux, a tiré plusieurs coups de fusil et a blessé grièvement Mme veuve Catherine Roubaud, soixante-douze ans, Paul Charrer, trente-deux ans, cocher, Joséphine Fabre, vingt-six ans.

L'état du cocher Charrer est désespéré. Le malheureux a été atteint au cou et a une lésion à la moelle cervicale qui a amené une paralysie de tout le côté droit. La veuve Roubaud a dû subir l'amputation du bras.

Le fou s'est ensuite barricadé dans sa maison et a essayé de

©BIUM



se suicider en absorbant une décoction de pavots. Pendant deux heures, il a tenu en échec la police et la gendarmerie.

Sa capture et son transport à l'hôpital, où il a été mis en cellule, ont été des plus laborieux.

37. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 31 mars 1906) :

La nuit dernière, vers onze heures, les promeneurs attardés, qui passaient rue de Rome, voyaient avec surprise, non loin du boulevard des Batignolles, un individu d'un certain âge, couvert de vêtements un peu râpés, mais fort décents encore, lequel, un revolver à la main, le déchargeait de tous côtés, au hasard.

Comme le hasard est un grand maître, il voulut qu'une balle allât se loger, fort mal à propos, dans la personne d'un garçon de restaurant, Denis Philippon, domicilié, 23, rue Labat, que son mauvais destin avait conduit par là. Le pauvre homme, assez gravement atteint aux reins, s'affaissa tout sanglant sur le trottoir. Il fut relevé immédiatement et conduit d'urgence à l'hôpital Beaujon.

Cependant, le tireur, tout en se répandant en propos incohérents, continuait ses exercices, tandis que tous les assistants s'empressaient de mettre entre eux et lui une prudente distance.

Deux gardiens de la paix s'approchèrent néanmoins. Ils réussirent à désarmer le forcené. Au poste, où il fut conduit, on ne tarda pas, d'ailleurs, à s'apercevoir que le pauvre homme n'était pas responsable de ses actes. C'est un plombier, âgé de cinquante ans, Eugène Bernendin, demeurant rue Saint-Hippolyte, devenu fou à la suite de chagrins intimes. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

38. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Meaux au *Journal* (numéro du vendredi 13 avril 1906) :

La petite ville de Lizy-sur-Ourcq vient d'être le théâtre d'un drame de la folie. Depuis quelques mois, un retraité du ministère des Finances, nommé Poussier, avait ouvert à Lizy un débit de boissons. Ancien colonial, il avait participé à plusieurs expéditions lointaines. De son long séjour aux colonies, il avait rapporté des fièvres, qu'une abondante consommation d'alcool ne fit qu'aggraver.

Atteint de la manie de la persécution, il en voulait à quelques habitants dont il avait juré la mort. Ce matin, après une nuit des plus agitées, il sortit, comme à l'ordinaire, sur la porte de son débit. Il aperçut alors un de ses voisins, M. Alexandre Lucas, âgé de quarante-huit ans, entrepreneur de serrurerie, qu'il comptait au nombre de ses ennemis imaginaires. Il s'avança vers lui, puis, braquant brusquement un revolver sur lui, fit feu. Atteint à l'aine, le malheureux s'affaissa, sans con-

naissance. Le médecin qui l'a examiné n'a pu extraire la balle et ne peut répondre de ses jours. Quant à Poussier, il avait, dans l'intervalle, retourné son arme contre lui et s'était tiré une balle dans la bouche.

Le Parquet de Meaux s'est transporté sur les lieux cet après-midi et a longuement interrogé les témoins de cette scène tragique. Poussier, qui est père de cinq jeunes enfants, a été transféré à l'hôpital. Son état, bien que grave, n'inspire pas de sérieuses inquiétudes.

39. *Tentative de suicide.* — Tout petit et bossu, disgracié de la nature, Yves Leveaud, qui a trente-cinq ans, en paraît dix par la taille et a la face ridée d'un vieillard ; il avait été, pendant longtemps, hébergé, 63, avenue Niel, par un compatissant marchand de vins. Ce dernier, malheureusement, vendit son fonds, et l'acquéreur de la boutique, moins sensible, congédia l'inutile et infortuné Leveaud.

Le bossu en devint fou, et, hier matin, tenta, au cours d'une crise, de se jeter place Niel, sous un tramway du Champ-de-Mars.

On l'en retira à temps, indemne, et M. Kien, commissaire de police des Ternes, l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Le Journal*, numéro du mardi 17 avril 1906.)

40. *Tentative de suicide.* — Atteint de la folie de la persécution et se croyant poursuivi par des ennemis qui voulaient le noyer dans la Seine, un cantonnier de la Ville de Paris, Louis-Désiré Monnassou, quarante-deux ans, demeurant boulevard de Charonne, 25, qui avait fui à toutes jambes, hier matin, dans la rue Nationale, à Ivry, se jeta à l'eau du haut du pont de Conflans.

Un marinier, Zélier, témoin du drame, le sauva malgré lui, et le ramena sur la berge. L'infortuné dément est à l'hospice d'Ivry dans un état très grave. (*Le Journal*, numéro du mardi 17 avril 1906.)

41. *Suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 18 avril 1906) :

Après s'être bandé les yeux, une rentière, Mme Emilienne Tichot, âgée de soixante-huit ans, demeurant rue Eugène-Delacroix, à Saint-Maurice, s'est jetée, hier matin, par la fenêtre de son appartement, situé au quatrième étage, sur la cour.

La mort a été instantanée.

La malheureuse était atteinte de neurasthénie.

42. *Double parricide et suicide.* — On télégraphie de Nice au *Matin* (numéro du mercredi 18 avril 1906) :

Un drame terrible vient de se dérouler à Chivasse, près de Turin. Un homme de vingt-sept ans, Marios Barberis, a tué à coups de revolver son père et sa mère, puis il s'est suicidé.

©BIUM



Quand les voisins accoururent, ils trouvèrent le père étendu dans la salle à manger, au pied de la table. Il avait reçu trois balles dans la tête et deux dans la colonne vertébrale. On suppose que le malheureux a été tué au moment où, le repas terminé, il était en train de lire.

Dans une chambre voisine, sur le lit, on découvrit le cadavre de la mère, les bras croisés sur la poitrine. Cinq balles l'avaient atteinte, trois à la tête et deux à la poitrine. Enfin, allongé sur le sol, se trouvait le corps du meurtrier, tenant encore dans la main droite un revolver à quinze coups, avec lequel il s'est tiré une balle à la tempe droite.

Le fils Barberis était devenu presque aveugle, à la suite d'une paralysie du nerf optique. Cette infirmité lui avait fait perdre à peu près complètement la raison. On suppose que c'est dans un accès de folie qu'il a agi. Le père était maître d'école. Il avait publié plusieurs ouvrages d'aventures pour les enfants, édités à Milan et à Florence. Ce drame a causé une profonde impression dans la région.

43. *Suicide.* — M^me^ Marie Mardeuil, quarante ans, passage Patay, s'est pendue dans sa chambre à coucher, hier matin. Déjà, il y a deux ans, M^me^ Mardeuil avait, sous l'empire de la folie, tenté de tuer sa fillette et s'était ouvert la gorge avec un rasoir. M. Rocher, commissaire de police, a procédé aux constatations d'usage. (*Le Journal*, numéro du samedi 21 avril 1906.)

44. *Homicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du samedi 21 avril 1906) :

Un mineur du Métropolitain, M. Léonard Chastagnac, trente et un ans, 3, rue Robineau, qui, ces jours derniers, avait eu les yeux abimés par un éboulement de terre, se rendait, hier, vers midi, chez un médecin, place Gambetta, lorsque, au moment d'entrer dans la maison, il entendit deux détonations et crut recevoir une violente commotion électrique.

Aussitôt, un rassemblement se forma et des passants arrêtèrent un promeneur, Louis Clesse, vingt-cinq ans, journalier, rue des Montibœufs, n° 34, qui, un revolver fumant à la main, proférait des menaces de mort.

M. Chastagnac avait été blessé par ce dernier au rein et à la fesse gauche. Tandis qu'on le transportait à l'hôpital Tenon, où il était admis salle Montyon, des gardiens de la paix conduisirent le meurtrier devant M. Tirache, commissaire de police du quartier du Père-Lachaise, où on ne tarda pas à s'apercevoir qu'on avait affaire à un malheureux dément. Il voulait, a-t-il déclaré, « venger une femme qu'il ne connaît pas » (*sic*). Mais, quoiqu'il n'ait jamais vu M. Chastagnac, « il voulait que ça finisse! »

Clesse avait été enfermé à l'âge de sept ans dans une maison de correction. A vingt ans, il était condamné pour vagabondage et, récemment encore, il se voyait infliger, par la neuvième chambre, trois mois de prison pour coups et blessures.

Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale.

45. *Homicide.* — Une propriétaire, Mme Marie Pelmant, vingt-sept ans, demeurant boulevard Ornano, traversait hier soir le boulevard Magenta à l'angle du faubourg Saint-Denis, quand elle fut frappée de deux coups de couteau par un individu, qui criait :

— Misérable ! c'est toi qui as empoisonné ma maîtresse !

Saisi par des gardiens de la paix, le meurtrier fut emmené au poste voisin, où on le trouva porteur de papiers d'identité au nom de Louis Decreuzot, trente ans, déjà interné à Ville-Evrard. Ce malheureux dément a été dirigé sur l'infirmerie spéciale par M. Durand, commissaire de police.

L'état de Mme Pelmant est assez grave. (*Le Journal*, numéro du vendredi 27 avril 1906.)

46. *Suicide.* — Les agents, attirés par les cris d'appel qui partaient d'une chambre d'hôtel du boulevard de la Chapelle, s'y présentèrent. Comme ils ouvraient la porte, le locataire, M. Jean Balot, ancien représentant de commerce, récemment sorti d'un hospice d'aliénés, sautait par la fenêtre et venait se briser le crâne sur la chaussée. Son état est désespéré. (*Le Journal*, numéro du dimanche 29 avril 1906.)

47. *Suicide.* — M. Auguste Braun, quarante ans, Allemand naturalisé Américain, demeurant 113, Elder-Street, à Cincinnati (Etats-Unis), qui, en compagnie d'une dizaine de ses compatriotes, était descendu à Paris, à l'hôtel du Pavillon, rue de l'Echiquier, 36, s'est jeté, hier après-midi, vers 5 heures, de la seconde plate-forme de la Tour Eiffel, et est tombé sur la première, d'une hauteur de 80 mètres.

La mort fut instantanée. M. Braun donnait depuis quelque temps des signes évidents d'aliénation mentale. (*Le Journal*, numéro du samedi 5 mai 1906.)

48. *Homicide.* — Un camelot, Jules Bernardou, quarante-cinq ans, en garni rue des Epinettes, qui vendait des journaux hier soir, rue de Dunkerque, en face de la gare du Nord, est devenu subitement fou.

Sortant un revolver de sa poche, le dément a fait feu sur un passant, M. Henri Veicher, quarante-deux ans, demeurant rue Popincourt, 63, qui, atteint à l'oreille droite, fut admis d'urgence à l'hôpital Lariboisière.

M. Archer, commissaire de police, a fait conduire le camelot à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du samedi 12 juin 1906.)

©BIUM



49. *Homicide.* — On télégraphie d'Amiens au *Matin* (numéro du lundi 14 mai 1906) :

Depuis quelque temps, Martin Victorice, soixante-cinq ans, ancien charron, demeurant route Nationale, à Saint-Maixent, petite localité proche d'Abbeville, était en proie au délire de la persécution. Il disait à qui voulait l'entendre que son propriétaire et voisin, Philogène Lenne, trente et un ans, charron, ne lui rendait de fréquentes visites que pour briser son mobilier, et il citait les jours où ce mobilier — des plus sommaires, et toujours intact — avait été brisé. Les voisins flattaient, pour en rire, cette monomanie qui paraissait inoffensive. Elle vient d'avoir un dénouement tragique.

Vers 8 heures du matin, Martin, armé d'un fusil, sortait de chez lui et prenait la direction de la forge de son voisin. Arrivé près de la porte à une distance de 2$^{m}$50, il criait à Lenne :

— Regarde donc le beau fusil !

En même temps, il braquait son arme sur lui, et, le charron se retournant, faisait feu. Lenne, atteint au ventre, s'affaissa, inanimé. Son état est désespéré.

Son acte criminel commis, Martin, affolé, s'était enfui, sans que M$^{me}$ Lenne et les voisins, accourus, aient pu l'arrêter.

Les gendarmes le trouvèrent barricadé dans sa maison, quand ils vinrent l'arrêter.

Le parquet d'Abbeville, accompagné du médecin légiste, est descendu à Saint-Maixent dans l'après-midi. Ce n'est que pressé de questions que Martin a reconnu son crime. Il est tout hébété. Il a été écroué à la maison d'arrêt d'Abbeville.

50. *Violences.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 16 mai 1906) :

Un rassemblement de mères de famille indignées et de bambins fortement intéressés s'était formé hier après-midi, place Hébert, à la Chapelle, autour d'une fillette tout en larmes qui poussait des cris lamentables. Un gardien de la paix passant par là crut de son devoir d'élucider la cause de ces clameurs. Il interrogea donc la petite fille, laquelle finit par confesser que sa mère avait l'habitude de la rouer de coups sans raison et qu'elle venait précisément de se livrer à cet exercice.

Plusieurs femmes présentes confirmèrent ce récit, assurant avoir vu battre l'enfant qui s'était échappée des mains de celle qui la martyrisait de la sorte.

Muni de ces indications, le gardien se mit à la recherche de cette mère dénaturée. Il finit par la rencontrer, assise sur un banc, à l'écart, en un coin de la place, fort tranquille, et paraissant tout à fait étrangère au scandale qu'elle avait causé. Elle fut conduite au commissariat, au milieu des huées de toutes les âmes sensibles du quartier.

M. Pontaillier, commissaire de police, l'interrogea. Et les réponses le surprirent. Car Ernestine Lejeune (ainsi se nomme cette personne, ménagère, habitant la Plaine-Saint-Denis) affirma pour sa défense que les volées magistrales qu'elle appliquait à chaque instant à sa fille étaient le seul moyen de contrarier l'influence funeste d'un sort jeté jadis sur la fillette par une sorcière malfaisante. Elle s'étendit sur ce sujet avec une telle abondance de propos incohérents que le magistrat se convainquit sans peine qu'il avait affaire à une folle. En conséquence de quoi, Ernestine Lejeune a été dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. Quant à la malheureuse fillette, elle fut envoyée aux Enfants-Assistés.

51. *Homicide.* — On télégraphie de Châlons-sur-Marne au *Matin* (numéro du vendredi 18 mai 1906) :

Une tentative de meurtre vient de se produire à Remicourt, arrondissement de Sainte-Menehould, dans les circonstances suivantes : le nommé Eugène Garnier, domicilié à Remicourt et originaire de cette commune, se trouvant en état complet d'ivresse, a porté à M. Emile Piclot, trente-deux ans, domestique de culture à Noirlieu, un terrible coup de couteau qui lui a perforé le poumon gauche. L'état du malheureux blessé semble désespéré.

La gendarmerie de Givry, en Argonne, a procédé à l'arrestation du meurtrier Garnier, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Il y a environ dix ans, il blessa d'un coup de couteau à la cuisse un domestique du pays.

52. *Homicide et tentative de suicide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du lundi 4 juin 1906) :

A Pérenchies, près Lille, la directrice de l'école maternelle est mariée à un ancien employé de commerce nommé Numa Poix, âgé de quarante ans, qui avait été obligé de quitter son emploi par suite de troubles cérébraux dus probablement à l'alcoolisme.

Hier, vers midi et demi, M^me^ Poix, son mari et l'institutrice adjointe, M^lle^ Gabrielle Tourbier, âgée de trente-sept ans, ainsi que les deux enfants de M. Poix, s'étaient mis à table pour déjeuner, quand brusquement, au cours de la conversation assez animée, M. Numa Poix demanda à sa femme de descendre à la cave pour chercher une bouteille de vin. Pendant que sa femme s'était éloignée, il se saisit d'un énorme couteau de cuisine qui traînait sur une table voisine et en porta un coup violent à M^lle^ Tourbier qui s'enfuit en comprimant le sang qui coulait à flots d'une horrible plaie. M^lle^ Tourbier courut pendant 40 mètres environ et tomba morte chez l'institutrice de l'école primaire où elle s'était réfugiée. L'artère carotide avait été tranchée d'un seul coup.

©BIUM



Pendant ce temps, et tandis que les enfants poussaient des cris de frayeur, Poix tentait de se suicider en se portant un coup de couteau à la gorge qui lui fit une blessure assez grave à la trachée-artère.

Il a été mis en observation à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille.

53. *Une mère qui se noie avec ses trois enfants.* — On télégraphie d'Epinal à l'*Echo de Paris* (numéro du mercredi 5 juin 1906) :

La femme d'un ouvrier brasseur de Ville-sur-Iblon s'est jetée dans la Saône, à Monthureux, avec ses trois petits garçons, âgés de deux, quatre et six ans, après leur avoir bandé les yeux. La malheureuse femme a agi dans un accès de folie. Elle a laissé deux lettres : l'une pour sa mère, l'autre pour son mari. Elle leur demande pardon, déclare ne pouvoir supporter la vie plus longtemps et laisse ses vêtements aux pauvres.

54. *Tentative d'assassinat.* — Vers une heure du matin, hier, un homme couvert de sang et se soutenant à peine pénétrait au poste de police de la rue Pradier et s'affaissait dans les bras des agents. L'inconnu fut aussitôt déshabillé et l'on constata qu'en outre d'une grave contusion, qu'il portait au front, il avait la jambe gauche démise et une plaie horrible au bas-ventre.

M. Cuvillier, commissaire de police, aussitôt prévenu, accourut près du blessé, un petit rentier, M. Jules Gamby, âgé de soixante-cinq ans, demeurant rue Botzaris. Après avoir avec peine décliné son état civil, M. Gamby déclara que c'était sa femme qui, au cours d'une crise de folie, l'avait assommé pendant qu'il dormait, à l'aide d'un tabouret. La malheureuse démente s'était ensuite jetée sur son mari et, à coup de dents, l'avait atrocement mutilé.

Après ce récit, le rentier s'évanouit ; une voiture d'ambulances le transporta aussitôt à l'hôpital Saint-Louis.

Quelques instants plus tard, deux inspecteurs se présentaient rue Botzaris et arrêtaient M^me^ Gamby, qu'ils trouvèrent gesticulant dans son logement.

La folle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Quant à M. Gamby, son état est considéré comme des plus graves par les médecins qui le soignent.

M. Gamby avait été fait chevalier de la Légion d'honneur pour sa belle conduite en 1870. (*Echo de Paris*, numéro du mercredi 6 juin 1906.)

55. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Genève au *Temps* (numéro du vendredi 15 juin 1906) :

Ce matin, on a trouvé dans un hôtel le cadavre de M^me^ Spolianski, une balle dans la tête.

Sa fille Alexandra, âgée de neuf ans, gisait à côté d'elle ; elle avait également une balle dans la tête, mais vivait encore.

La comtesse Gorodefky, tante de la victime, a déclaré que sa nièce était neurasthénique et ne voulait pas que sa fille lui survive.

56. *Suicide.* — On écrit de Creil à *l'Aurore* (numéro du mercredi 20 juin 1906) :

Dans un accès d'hypocondrie, Mme Eugénie D..., demeurant à Montataire, près de Creil, s'est donné la mort dans des conditions particulièrement dramatiques. Profitant de l'absence de son mari, elle s'est d'abord frappée de plusieurs coups de poignard à la poitrine, puis s'est tiré un coup de revolver. La balle ayant dévié, elle a saisi un rasoir et s'est ouvert la gorge.

## TRIBUNAUX

LE SECRET PROFESSIONNEL EN MÉDECINE MENTALE. — *Tribunal de 1er instance de l'arrondissement de Châlons-sur-Marne (Jugement du 7 avril 1906 rendu sur les conclusions conformes du procureur de la République).* — Attendu que les époux V. D... ont fait citer le Dr G..., médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de C..., à l'effet de se voir faire l'application de l'article 378 du Code pénal visant la révélation du secret professionnel, pour avoir, à la date du 19 octobre 1905, adressé à la dame veuve V. G... une lettre dans laquelle il expose les causes de la mort de son mari ;

Qu'ils ont, de plus, assigné la veuve V. G... elle-même comme s'étant rendu complice du dit délit en sollicitant cette lettre et en en dévoilant les termes à diverses personnes ;

Qu'ils demandent la condamnation solidaire dudit Dr G... et de ladite dame veuve V. G... à leur payer une somme de 2.000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Attendu que le Dr G... oppose à l'action en révélation de secret professionnel intentée contre lui une fin de non-recevoir basée sur ce que le délit visé par l'article 378 du Code pénal, participant de la diffamation et de l'injure, la révélation du secret médical ne serait prohibée qu'autant qu'elle porterait atteinte à la considération du défunt ;

Qu'en fait, les époux V. D... n'étant personnellement ni visés, ni atteints, par aucun passage de la lettre incriminée, leur action serait irrecevable ;

Que le Dr G... prétend qu'au fond la demande ne serait pas mieux justifiée, attendu qu'il n'aurait pas révélé de secret professionnel en adressant sur sa demande à Mme veuve V. G... la lettre incriminée, puisqu'étant donné l'état mental du mari,

©BIUM



ladite dame « s'était trouvée substituée à celui-ci dans ses rapports avec le médecin de l'Asile » ;

Qu'il demande reconventionnellement, pour abus de citation directe, une somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts ;

Attendu que, de son côté, la dame veuve V. G..., invoquant notamment le caractère confidentiel de ladite lettre, soutient ne s'être rendue complice d'aucune révélation de secrets et réclame également la somme de 2.000 francs à titre de dommages-intérêts pour abus de citation ;

Sur la recevabilité de l'action,

Attendu que les époux V. D... exercent les présentes poursuites contre le Dr G..., et la dame V. G..., en raison non point d'une diffamation, commise envers la mémoire du défunt, mais de révélation punie par l'article 378 du Code pénal ;

Que s'agissant d'un délit de droit commun, toute personne lésée par le dit délit doit pouvoir, conformément à l'article premier du code d'Instruction criminelle, exercer l'action civile en réparation du préjudice qui a été ou a pu lui être causé par le délit ;

Que si, en écrivant la lettre en question, le Dr G... s'était rendu coupable du délit qui lui est reproché, la révélation des faits contenus dans ladite lettre aurait pu porter préjudice aux époux V. D..., père et mère du défunt.

Que l'action est donc recevable ;

Au fond,

Attendu qu'il est constant qu'après sept mois de mariage, Gustave V... a été interné à titre de pensionnaire sur la demande de sa femme à l'asile des aliénés de C..., où il est décédé au bout de quinze jours, le 17 septembre 1905 ; que pendant son internement, sa femme, à l'exclusion de tout autre membre de sa famille, lui rendit visite et s'inquiéta de son état de santé ; qu'après son décès, des dissentiments de famille s'élevèrent entre sa veuve et les époux V. D... ; que ceux-ci ont notamment reproché à la veuve V. G... d'avoir, par suite de certains excès, amené la maladie et la mort de leur fils, ainsi qu'on en voit la trace dans une correspondance échangée entre les époux V. D... et le père de la dame V. G... ; que, sur la demande de ladite dame, le Dr G... a alors écrit à celle-ci la lettre dont son père aurait remis à son insu la copie, puis la photographie aux époux V. D... en vue de faire cesser les propos injurieux qu'ils avaient tenus sur elle ;

Attendu que le Dr G... a, dans cette lettre, non pas révélé des secrets, mais parlé en secret de choses déjà connues par la veuve V. G..., soit parce qu'elle en avait été témoin, soit parce qu'elle les avait sues dans leurs conversations journalières ; qu'en effet, le médecin ne peut avoir de secret pour une femme

©BIUM



soignant son mari atteint d'aliénation mentale, lui dit tout ce qu'il pense et ne lui cache rien de l'état du malade dans l'intérêt même de celui-ci : que, d'autre part, l'aliéné livre souvent lui-même, à son insu, des secrets physiologiques, s'il en a, soit par des paroles incohérentes, soit par des gestes, que nécessairement la femme se trouve ainsi amenée à connaître les causes de la maladie de son mari, quelque intérêt qu'il puisse y avoir pour celui-ci à ce qu'elles soient tenues secrètes, qu'il en a été de même dans l'espèce et que, comme le dit le Dr G... dans la lettre incriminée, la dame V. G... a forcément connu au cours des soins donnés par elle à son mari les causes de la maladie de celui-ci, telles qu'elles sont rappelées dans ladite lettre ;

Que s'agissant de faits déjà connus par ladite dame, l'exposé qu'en a fait dans sa lettre le Dr G... ne saurait donc constituer la révélation d'un secret ; qu'il convient, au surplus, de remarquer qu'il rappelait ces faits, non pas dans un certificat, mais bien dans une lettre devant être, au regard de la destinataire, un dépôt essentiellement secret, que ce qui y est écrit n'est que le rappel et le prolongement de conversations tenues auparavant, n'ayant que le caractère d'une pensée correcte et irréprochable, jusqu'à ce que, par le fait de la demande en communication qui en a été faite par les plaignants, le secret en ait cessé ;

Qu'en effet, il résulte de diverses cartes postales produites aux débats par la veuve V. G... que les époux V. D... ont, d'une façon pressante, réclamé à M. G..., père de la veuve V. G..., la photographie dont il s'agit ;

Que les époux V. D... ne doivent, par conséquent, s'en prendre qu'à eux-mêmes et à leurs agissements blâmables de la communication qui leur a été faite d'une lettre, qui à l'origine et dans la pensée de son auteur n'était pas destinée à être publiée ;

Attendu que, dans ces conditions, il n'y a pas eu de la part du Dr G... révélation du secret professionnel, qu'en l'absence de délit principal il ne saurait être question de complicité ; qu'il y a lieu, dès lors, de renvoyer le Dr G... et la dame veuve V. G... des fins des présentes poursuites ;

Sur la demande reconventionnelle formée par le Dr G... et la dame veuve V. G...,

Attendu qu'étant donnés les termes dans lesquels le Dr G... adressait à la veuve V. G... la lettre dont s'agit, et les diverses circonstances de la cause rappelées ci-dessus, les époux V. D... n'ont pu sérieusement croire qu'il y avait eu, de la part du médecin, violation de secret professionnel ; que les présentes poursuites ont été engagées par eux sinon de mauvaise foi, tout au moins à la légère ; qu'en ce qui concerne le Dr G... ils ont

©BIUM



porté à son honorabilité de médecin une grave atteinte dont ils lui doivent réparation, que celui-ci, toutefois, ne réclamant qu'un franc de dommages-intérêts, le tribunal ne saurait lui allouer davantage ; qu'ils ont également causé un grave préjudice à la veuve V. G... en lui imputant d'avoir cherché à ternir la mémoire de son mari, qu'elle a, au contraire, soigné avec dévouement durant tout le cours de sa maladie ; que le tribunal a les éléments suffisants pour évaluer ce préjudice à la somme de 500 francs ;

En conséquence,

Déboute purement et simplement les époux V. D... de leur demande, relaxe le Dr G... et la veuve V. G... des fins des présentes poursuites.

Et recevant l'un et l'autre reconventionnellement demandeurs.

Condamne les époux V. D... conjointement et solidairement, au paiement de 1 franc à titre de dommages-intérêts pour abus de citation directe au regard du Dr G... ; condamne les époux V. D... conjointement et solidairement au paiement de 500 francs à titre de dommages-intérêts pour abus de citation directe au regard de la dame veuve V. G... ; condamne en outre les époux V. D..., parties civiles, à tous les dépens.

*Les doléances d'un interné.* — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du dimanche 17 juin 1906) rend compte du procès suivant :

« M. X... fut arrêté en janvier 1902, à raison d'excentricités auxquelles il se livrait publiquement. Il placardait des affiches où il injuriait les pouvoirs publics et les accusait des pires méfaits. Il haranguait la foule amassée autour de lui. On le conduisit au Dépôt et de là à Sainte-Anne.

« Les médecins le considérèrent comme un monomane appartenant à la catégorie des « persécutés persécuteurs ». Il fut interné à Ville-Evrard. En juin 1903, les médecins de l'asile aussi bien que les délégués de la préfecture de police furent d'avis qu'il était peu dangereux. Mais on ne le relâcha pas pour cela.

« Au contraire, son transport à l'asile de Clermont fut décidé. Des gardiens de Ville-Evrard furent chargés de le remettre à ceux de Clermont. Mais dans l'entrevue qui eut lieu à ce sujet, ils négligèrent si bien de surveiller le malade que celui-ci réussit à s'évader.

« On ne l'a plus revu. Il a cependant manifesté son existence en assignant l'administration, en la personne du curateur qui lui avait été donné, en reddition de comptes, et

©BIUM



les médecins de Ville-Evrard, ainsi que le directeur, en 50.000 francs de dommages-intérêts pour internement arbitraire. C'est Me Delhoumeau qui s'est chargé de soutenir cette double demande.

« Elle est soumise à la première chambre du tribunal civil, présidée par M. Bondoux.

« Au nom de l'administration, Me François Ducuing oppose l'irrecevabilité, un interné, — et M. X... l'est légalement, malgré son évasion, — ne pouvant plaider sans l'assistance d'un curateur *ad litem*. Au surplus, les comptes sont parfaitement en règle.

« Pour le directeur de Ville-Evrard et les médecins, Me Henri Bréal fait observer que le demandeur a été tenu légitimement pour fou et que la seule preuve que le tribunal ait du contraire, c'est l'assignation, — ce qui lui paraîtra sans doute insuffisant. »

Le jugement a été remis à huitaine, nous en empruntons l'analyse au *Temps* (numéro du dimanche 24 juin 1906) :

« Le tribunal n'admet pas la fin de non-recevoir soulevée par Me Ducuing au nom du curateur. Ce dernier estimait que M. X... ne pouvait se présenter devant un tribunal sans être assisté par un *mandataire ad litem*, car la loi de 1838 ordonne cette mesure pour tout individu « interné » dans un établissement d'aliénés; or, disait Me Ducuing, X... s'étant évadé pouvait être encore considéré, au point de vue juridique, comme un aliéné.

« Tel n'est pas l'avis de la première chambre. Suivant elle, la loi donne un mandataire aux aliénés parce que ceux-ci ne peuvent pas, matériellement, s'occuper de leurs affaires. M. X... étant en liberté de fait peut défendre ses intérêts.

« Sur le fond du procès, M. X... n'a pas de comptes à demander à son ancien curateur, qui a agi correctement en son nom.

« Quant au médecin de l'établissement auquel l'ancien pensionnaire demandait 50.000 francs de dommages-intérêts pour « internement arbitraire », le tribunal se range à la thèse soutenue par Me Henry Bréal et déclare que l'état de santé de M. X... était de nature à justifier son séjour à Ville-Evrard.

« Le jugement ajoute toutefois que puisque l'administration ne l'a pas fait rechercher, depuis trois ans qu'il s'est évadé, c'est qu'on le considère maintenant commme guéri. »

*Détournements d'un receveur d'asile d'aliénés.* — La cour d'assises de l'Oise a jugé hier un ancien receveur infidèle de l'asile d'aliénés de Clermont, nommé Parizot et âgé de trente-trois ans.

©BIUM



L'accusé avait détourné des titres de rente, coupons et plis chargés au préjudice des malades, et des mois de traitement au préjudice d'un interne et de gardiens de l'établissement. Le montant des détournements s'élevait à 23.347 francs.

Parizot était en outre inculpé de faux et d'usage de faux.

Le défenseur, Me Bernstein, du barreau de Paris, a fait valoir les bons antécédents de son client et son sincère repentir. Il a soutenu qu'il n'y avait pas eu de préjudice causé, puisque les détournements étaient presque entièrement couverts par un cautionnement de 21.500 francs et que des amis de l'accusé s'étaient offerts à payer le surplus.

Le jury a rejeté le faux et l'usage de faux et a accordé des circonstances atténuantes. L'ancien receveur a été condamné à deux années d'emprisonnement. (*Le Petit Temps*, numéro du dimanche 24 juin 1906.)

## LA LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL DANS LES COLONIES FRANÇAISES

MM. Guieysse, député, président du Comité d'action républicaine aux colonies françaises ; Paul Violet, membre de l'Institut, président du Comité de protection et de défense des indigènes ; Cheysson, membre de l'Institut, président de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, viennent d'adresser la lettre collective suivante au ministre des Colonies, à l'occasion de la prochaine réunion d'une conférence internationale devant réglementer la vente de l'alcool en Afrique occidentale.

Paris, 18 juin 1906.

Monsieur le Ministre,

Par un accord en date du 8 juin 1899, qui expire au cours de la présente année, une conférence internationale réunie à Bruxelles a élaboré un règlement pour la répression de l'alcoolisme en Afrique, notamment par l'élévation des droits sur l'importation des spiritueux.

Nous croyons savoir que les Etats signataires de cet accord seront appelés, à brève échéance, à l'améliorer et à le proroger, et c'est pourquoi nous venons vous prier de vouloir bien, d'accord avec M. le Ministre des Affaires étrangères, donner au représentant que la France enverra à cette conférence des instructions en vue de faire proposer par lui, au nom de notre pays, une élévation considérable des droits, qui sont actuellement de 70 francs par hectolitre.

Il nous semble indispensable, en effet, que la France se prononce à la prochaine conférence en faveur des droits, dont le chiffre pourra être débattu, mais qui devra être établi en vue

©BIUM



d'arriver le plus rapidement possible à la prohibition totale que nous préconisons.

Une telle politique nous paraît la seule compatible avec les intérêts bien entendus et la dignité de la France.

D'une part, en effet, partout où l'alcool est introduit en quantité considérable, il fait aux produits manufacturés une concurrence victorieuse. Les populations indigènes, intoxiquées par une boisson d'autant plus redoutable qu'elle est consommée sous un climat plus chaud, arrivent rapidement à un état de dégénérescence physique et moral tel qu'elles sont incapables de ce travail régulier qui seul les rendrait aptes à acheter. Elles ne pensent plus qu'à la satisfaction de leurs instincts brutaux et sensuels et restent insensibles aux attraits de l'existence civilisée.

D'autre part, les colonies françaises de l'Afrique occidentale ne sont pas des colonies de peuplement. L'Européen ne peut s'y acclimater. Si la race indigène disparaît, décimée par l'alcool, la France arrivera à posséder des territoires très vastes peut-être, mais qui ne pourront pas être mis en valeur.

Si puissantes que soient ces considérations, elles sont encore primées, à nos yeux, par le côté moral de la question.

Les grandes nations européennes, qui toutes ont considérablement accru en ces dernières années leur empire colonial, ont invoqué des raisons d'humanité pour justifier cet accroissement.

Nous ne discuterons pas ici leurs théories ; mais nous plaçant uniquement sur le terrain des faits et n'envisageant la question qu'au point de vue français, nous osons affirmer, Monsieur le Ministre, que notre pays a des traditions très spéciales de générosité et d'humanité à sauvegarder. La noblesse même de ses sentiments et de ses procédés à l'égard des faibles l'oblige étroitement. Il serait particulièrement choquant de penser que là où flotte le drapeau tricolore les races indigènes s'étiolent et meurent. C'est déjà trop que notre patrie soit ravagée par l'alcoolisme ; moins que tout autre ce détestable article doit être exporté.

Vous avez bien voulu, Monsieur le Ministre, organiser autrefois, comme ministre de l'Instruction publique, la défense scolaire contre les flots montants de l'alcoolisme ; nous osons espérer que vous voudrez bien, sur un nouveau terrain, donner un nouvel et éclatant témoignage de votre haute bienveillance à la cause de l'hygiène et de l'honneur national.

Veuillez agréer, etc...

## FAITS DIVERS

*Destruction de l'asile d'aliénés de San-Francisco par le tremblement de terre.*— La terrible catastrophe qui détruisit, en

©BIUM



avril dernier, la plus grande partie de la ville de San-Francisco, n'épargna pas l'asile d'aliénés de cet Etat ; le désastre y prit un caractère particulièrement douloureux d'après le récit suivant que nous empruntons au *Temps* (numéro du lundi 23 avril 1906) :

« Un journaliste arrivé de Santa-Cruz dit que jusqu'à midi vendredi on avait retiré 103 cadavres des décombres de l'asile d'aliénés d'Agnew. On évalue officiellement le nombre des blessés à 207, sur lesquels une trentaine ne survivront pas. Le bâtiment principal de l'asile s'écroula sur les hospitalisés qui furent ensevelis ou écrasés sous les débris. Il fallut faire des brèches pour extraire les fous furieux de leurs cabanons. Les sujets les plus dangereux furent attachés à des arbres du jardin. A aucun moment, les docteurs et les infirmiers n'abandonnèrent leur poste. Une centaine d'étudiants du collège de Santa-Clara donnèrent des secours aux blessés. »

*Une famille de criminels et d'aliénés.* — Il y a quelques mois, dans le canton de Saint-Gall (Suisse), un ménage était condamné à mort à la suite de brigandage et d'assassinat. Le grand conseil saint-gallois avait commué la peine de mort en celle de la détention perpétuelle, alléguant l'hérédité. « On ne se doutait guère, écrit-on de Saint-Gall au *Journal* (numéro du lundi 2 avril 1906), des conditions spécialement anormales et des tares affreuses qui sont à la charge de cette famille.

« Le père de la femme Schubinger était fou par intermittence et avait des accès de fureur ; sa grand'mère était anormale ; une sœur de cette dernière mourut dans une maison d'aliénés ; une autre se jeta à l'eau ; une troisième se frappa volontairement d'un coup de hache sur la tête ; une fillette de cette dernière fut, des années durant, atteinte de mélancolie très prononcée ; un fils s'est tué avec son fusil d'ordonnance ; une autre fille se jeta à l'eau.

« La série n'est pas finie. Deux tantes de la femme Schubinger étaient atteintes d'hypocondrie ; l'une des deux s'est coupé la main gauche d'un coup de cognée. Un frère de la condamnée se trouve en ce moment au pénitencier pour crime d'incendie.

« Il serait assurément difficile de réunir, dans une même famille, un tel amoncellement de tares ! »

*Tentative de meurtre commis à la prison de Fresnes par un détenu aliéné.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 13 mars 1906) :

On se souvient de la tentative de meurtre qui eut lieu, voici quelques semaines, à la prison de Fresnes : un détenu, Le

©BIUM



Noan, blessa à coups de tesson de bouteille un contremaître civil, M. Boussard.

Questionné sur le mobile de son acte, Le Noan raconta qu'il avait été exaspéré par les tracasseries dont il était continuellement l'objet de la part de M. Boussard. Celui-ci, affirmait-il, faisait exprès de lui donner du papier épais pour confectionner des éventails. Le travail, naturellement, laissait à désirer, et le contremaître, suivant les dires de l'inculpé, en profitait pour lui infliger des punitions.

L'enquête de M. de Soubeyran de Saint-Prix établit que le récit de Le Noan était de pure invention. A la demande de son défenseur, Me Bergounhioux de Wailly, le meurtrier fut soumis à l'examen du Dr Dubuisson, médecin aliéniste. Ce dernier vient de déposer son rapport, concluant à la complète irresponsabilité de Le Noan, fou dangereux, atteint de la manie de la persécution.

L'instruction a été close par un non-lieu. Le dément sera interné par les soins de l'Assistance publique.

## XVIe CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Session de Lille, 1-7 août 1906.

*Programme des travaux et excursions.*

*Mercredi* 1er *août.* — A 9 heures du matin, séance solennelle d'ouverture dans la salle des fêtes du Conservatoire. — A 11 heures, visite du Palais des Beaux-Arts.

A 2 heures, séance à la Faculté de médecine (amphithéâtre d'histoire naturelle). PREMIER RAPPORT. — *Psychiatrie.* — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés : rapporteur, M. le Dr DIDE, de Rennes. — A 8 h. 1/2, réception par la municipalité à l'Hôtel de Ville.

*Jeudi* 2 *août.* — Excursion à l'asile de Bailleul. A 11 heures, visite de l'asile public d'aliénées.

A 1 heure, déjeuner offert aux congressistes par la Commission de surveillance. — A 3 heures, excursion en voiture à la Trappe du Mont-des-Cats.

*Vendredi* 3 *août.* — A 9 heures, à la Faculté de médecine. Communications diverses.

A 2 heures, DEUXIÈME RAPPORT. — *Neurologie.* — Le cerveau sénile : rapporteur, M. le Dr A. LÉRI, de Paris.

©BIUM



*Samedi* 4 *août.* — A 9 heures du matin, à la Faculté de médecine, communications diverses.

A 2 heures du soir, TROISIÈME RAPPORT. — *Médecine légale.* — La responsabilité des hystériques : rapporteur, M. le Dr R. LEROY, de Ville-Evrard. — A 9 heures, punch offert par M. le président du Congrès.

*Dimanche* 5 *août.* — Visite à l'Exposition internationale de Tourcoing : le matin, visite des villes de Roubaix et de Tourcoing et de leurs industries. A 11 h. 1/2, réception par la municipalité à l'Hôtel de Ville.

A 1 heure, banquet par souscription dans un des pavillons de l'Exposition. — A 3 heures, visite de l'Exposition.

*Lundi* 6 *août.* — Excursion à Boulogne-sur-Mer.

A 10 h. 1/2, réception par la municipalité à l'Hôtel de Ville. — A 11 heures, séance du Congrès dans une des salles de l'Hôtel de Ville.

A 1 heure, déjeuner en corps. — A 3 heures, visite de la ville et de ses monuments.

*Mardi* 7 *août.* — Excursion à Dunkerque et à Zuydtcoote.

A 9 heures du matin, visite du Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. — A 11 heures, visite du port de Dunkerque sous les auspices de la Chambre de commerce.

A 1 heure, déjeuner en corps à Malo-Terminus. — A 3 heures, visite du Sanatorium de Zuydtcoote.

*Mercredi* 8 *août.* — Excursion à Londres.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant :* ANT. RITTI.

---

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Pathologie.

# LA PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE ET LE BÉRIBÉRI

**Par le Dr NINA-RODRIGUES**

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia (Brésil).

## I

Le béribéri est une polynévrite infectieuse qui sévit dans les pays chauds à l'état endémique ou épidémique, et qui attaque de préférence les asiles, les prisons et autres habitations collectives.

En présence des études modernes sur la maladie de Korsakow, on devait donc supposer d'avance que la psychopolynévrite devait être observée dans le béribéri.

C'est pour cela qu'une croyance, généralement admise dans l'asile Saint-Jean-de-Dieu, de Bahia, où le béri-

©BIUM



béri est endémique et fait tous les ans de nombreuses victimes parmi les pensionnaires, m'a quelque peu étonné. D'après cette croyance, la manifestation intercurrente du béribéri exerce sur les maladies mentales, qu'elle devrait bien plutôt compliquer, une influence bienfaisante, en les atténuant ou en les faisant disparaître. Ne voyant là qu'une impression vague, qu'une opinion sans appui sur des observations positives rigoureusement enregistrées, je pris la résolution d'examiner les faits le plus soigneusement possible. Et déjà, je commençais mes observations, lorsque, dans le compte rendu d'un débat important sur le béribéri, qui avait eu lieu dans la 70e réunion annuelle de la *British Medical Association*, tenue à Manchester en juillet et août 1902, je lus, dans la section des maladies tropicales, un passage contenant l'affirmation catégorique du professeur Patrick Manson, que, dans la polynévrite béribérique, la maladie de Korsakow ne s'observe pas.

En matière de nosologie tropicale, l'autorité du savant anglais est indiscutable. Ses paroles méritent donc le plus grand respect. Et, comme l'observation clinique du béribéri, faite au Brésil, est en contradiction formelle avec son opinion et son enseignement sur ce point, l'étude des faits, poursuivie d'une manière positive à l'aide d'une observation attentive et sûre, s'impose, pour en dégager, s'il est possible, la vérité et trouver la cause de ce désaccord entre les observations du professeur anglais et celles des médecins brésiliens.

Voici ce que dit M. Patrick Manson (1) :

« Le diagnostic des différentes formes de la névrite « périphérique par les seuls symptômes cliniques est

(1) Patrick Manson. The prophilaxis and treatment of beriberi. *British medical Journal*, nº 2177, september, 20, 1902, p. 831.

« souvent très difficile. Si l'on me demandait sur quels « points cliniques je m'appuie pour établir un dia- « gnostic entre la polynévrite béribérique et celle de « la malaria, je répondrais : pour la première, sur la « tendance prononcée à une complication cardiaque ; « pour la seconde, sur les défaillances de la mémoire.

« Nous avons, en ce moment même, comme consul- « tant externe au Seamen' Hospital, un homme qui, « pendant son séjour dans la Nigritie du Nord, en « octobre et en novembre derniers, fut atteint d'une « fièvre paludéenne grave et nettement accusée. La « fièvre disparut sous l'action de la quinine, mais aus- « sitôt une forte névrite se déclara, se développa, et, « dans un court laps de temps, se couvrit des formes « d'une parésie complète des membres inférieurs, avec « faiblesse des extrémités supérieures et hyperesthésie « des muscles du mollet à un degré élevé. La marche « lui fut dès lors impossible.

« Son état s'améliore lentement, et il peut déjà « franchir à pied une distance d'un à deux milles sans « trop de difficulté.

« J'ai vu bien des cas semblables sur des malades « venus de l'Afrique occidentale, et souvent j'hésite sur « sur le diagnostic. Tous, y compris le malade dont je « viens de vous parler, se sont plaints de la perte de la « mémoire. Ce phénomène se nomme « *mémoire de la* « *Côte occidentale* » (West Coast memory), dans cette « partie du monde où le fait est bien connu. Je n'ai « pas observé cette perte de la mémoire dans le béribéri ; « c'est sûrement un phénomène qui se produit souvent « après la malaria. Cette perte de la mémoire a été « complète chez des malades que j'ai soignés. Je donne « en ce moment mes soins à un malade âgé de cin- « quante et un ans, qui, après un court séjour sur la « Côte occidentale, a contracté une grave infection de

©BIUM



« malaria. C'était au mois de mars de cette année. Sa « mémoire, depuis cette époque, se trouve complète- « ment *en blanc* relativement aux faits survenus pen- « dant et après la fièvre. Il n'est pas très anémique, « mais sa rate a très évidemment augmenté de volume, « cela rapidement, de sorte qu'il ne reste presque plus « de place au doute relativement à la nature de la « fièvre dont il a souffert. Il peut causer raisonnable- « ment sur des faits antérieurs à l'invasion de la fièvre ; « mais, en ce qui concerne les faits récents, sa mémoire « est si mauvaise qu'il lui est impossible de dire ce « qu'il a mangé à son déjeuner cinq minutes après « l'avoir pris.

« Je puis me tromper, mais je crois que cette perte « de la mémoire a quelque valeur pour le diagnostic « quand il s'agit d'opter entre une polynévrite béribé- « rique et une polynévrite provenant de la malaria. Ce « fait a moins de valeur quand il s'agit de distinguer « une névrite qui a sa source dans la malaria d'autres « formes de névrites, car nous savons que l'alcool et « les toxines qui résultent d'une variété d'autres infec- « tions et d'autres maladies productrices d'anémie, « peuvent donner lieu aux mêmes phénomènes.

« Je suggère l'ensemble des caractères énumérés « plus loin comme pouvant servir pour reconnaître « dans le béribéri une forme distincte de la polyné- « vrite périphérique, tout en lui reconnaissant pleine- « ment la possibilité d'embrasser, conjointement avec « celles du bébéri, d'autres formes de névrite multiples. « Cela permettra également de distinguer plus ou « moins cette polynévrite d'autres groupes dont la « polynévrite est le phénomène clinique principal.

« 1° Notre ignorance de sa cause ;

« 2° Sa manifestation en tant que maladie endé- « mique et épidémique ;

« 3° La tendance à produire des complications car-
« diaques et des hydropisies ;

« 4° La non-implication des nerfs craniens à l'excep-
« tion des nerfs pneumogastriques ;

« 5° La non-implication des centres intellectuels et
« émotifs ;

« 6° Rareté ou absence complète des lésions tro-
« phiques de la peau ;

« 7° Grande proportion de la mortalité dans cer-
« taines conditions.

« Je tiendrai pour sûr, sous les réserves faites,
« qu'une polynévrite présentant ces caractères est le
« béribéri. »

Bornant mes observations au cas particulier des perturbations de la mémoire dans le béribéri, je me propose, pour le moment, de démontrer que la théorie de M. Manson est formellement contredite par l'observation clinique de cette maladie au Brésil, où la manifestation de la psychose polynévritique est relativement fréquente pendant son cours. Ensuite, et plus tard, nous étudierons l'influence exercée par la complication béribérique sur la marche des maladies mentales.

## II

L'étude des troubles psychiques causés par le béribéri a débuté au Brésil, en 1886, par un mémoire présenté à l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro par le professeur Erico Coelho (1). Le travail de cet auteur a donc précédé d'un an les travaux de Korsakow sur les psychoses polynévritiques ; il est malheureusement et injus-

(1) Erico Coelho. Algumas observaçoes do beriberi examinadas do ponto de vista psychologico. *Annaes da Academia de medicina do Rio-de-Janeiro*, V serie, tomo I (1885-1886), p. 417.

©BIUM



tement resté fort peu connu, même dans notre pays. Les cas se présentaient sous une forme épidémique bien suggestive.

Il y eut à cette époque et pendant quelque temps une telle fréquence de troubles mentaux à marche aiguë et anormale, dans la ville de Campos, province de Rio-de-Janeiro, qu'elle éveilla l'attention d'un médecin de la localité, le Dr Miguel Hérédia, qui n'hésita pas à l'attribuer à une épidémie de *folie paludéenne*. Le Dr Hérédia ayant quitté Campos, le Dr Erico Coelho vint s'y établir et ne tarda pas à démontrer que dans les cas observés il s'agissait, non d'impaludisme, mais bien de béribéri, et que c'était cette affection qui avait envahi la localité. Cette sage opinion du professeur Erico s'appuyait sur l'inefficacité de la quinine, sur l'absence de lésions caractéristiques de l'impaludisme et sur l'efficacité de l'éloignement des malades. Elle peut aujourd'hui invoquer à son appui l'autorité de Patrick Manson lui-même.

Dans la même communication, Patrick Manson écrit: « J'ai souvent entendu parler de névrites provenant « de la malaria comme aussi de petites épidémies de « polynévrite ayant la même origine. Je suis convaincu « qu'en général ces cas et ces épidémies ne sont en réa- « lité autre chose que le béribéri. Je crois qu'il y a « quelque chose que l'on appelle polynévrite de la « malaria, mais à en juger par mon expérience c'est « excessivement rare et cela ne se présente jamais sous « forme épidémique. Il ne suffit pas qu'une névrite « survienne dans une contrée paludéenne ou qu'elle « succède à un accès de malaria pour en conclure « qu'elle a sa source dans cette dernière affection. Il « arrive parfois qu'une personne se casse une jambe « dans une localité paludéenne, et cela peut arriver « sans doute pendant ou immédiatement après un

©BIUM



« accès d'impaludisme, mais cela ne prouve nullement « que la fracture soit paludéenne. Il en est ainsi de « quelques-uns des exemples cités de ce qu'on appelle « polynévrite de la malaria. Il y a en ce moment au « Seamen' Hospital un homme atteint de béribéri nette- « ment accusé et d'une infection de malaria concur- « rente. »

Le jugement de Manson est on ne peut plus sensé et vrai et il ne laisse subsister aucun doute sur la nature béribérique des troubles psychiques étudiés par le professeur Erico Coelho, pendant cette épidémie de cas classiques de béribéri où les signes d'impaludisme faisaient défaut.

Abstraction faite du mémoire du Dr Erico Coelho, la littérature médicale brésilienne est pauvre en ce qui concerne l'étude de la psychose polynévritique du béribéri.

M. le Dr Silva Lima qui, il y a quarante ans environ, a le premier étudié le béribéri au Brésil, où il est justement renommé par l'excellence de ses travaux sur cette maladie, avait déjà, il est vrai, bien longtemps avant le Dr Erico Coelho, mentionné l'existence de troubles de la mémoire pendant le cours du béribéri. Mais cela n'avait pas attiré spécialement son attention et il n'avait pas donné à ce fait l'importance que lui a attribuée l'auteur du mémoire présenté à l'Académie de médecine. Celle-ci chargea, en 1886, M. le Dr Lacerda de présenter un rapport sur ce travail. Cet auteur n'a fait après cela qu'insister sur le fait que, d'ailleurs, il ne connaissait alors que par le mémoire.

Il n'en est pas moins vrai que, sans compter les cas étudiés par le Dr Erico Coelho pendant l'épidémie de Campos, le syndrome de Korsakow a continué à être observé au Brésil sur des béribériques.

©BIUM



## III

C'est surtout en ce qu'elle est la seule localisation connue d'une maladie infectieuse épidémique particulière, que la polynévrite béribérique diffère des autres espèces de polynévrite qui sont en général des localisations accidentelles d'agents toxiques ou infectieux, en en ayant habituellement d'autres plus caractéristiques.

Les variétés cliniques du béribéri résultent uniquement de la préférence, non exclusive, de la lésion des nerfs périphériques : lorsque ce sont les nerfs moteurs et sensitifs qui sont attaqués, on a la forme paralytique; on a la forme œdémateuse quand ce sont les nerfs vasomoteurs qui sont atteints ; la forme cardiaque, etc., a lieu lorsque l'attaque se porte sur les nerfs viscéraux.

Cependant aucune de ces divisions spéciales du système nerveux périphérique n'est exclusivement atteinte, de sorte que l'on doit admettre dans le béribéri, outre les formes paralytique, œdémateuse et viscérale, une forme mixte. De plus, à l'une quelconque de ces formes s'ajoutent toujours des symptômes plus ou moins atténués des autres formes classiques.

Ce n'est pas tout. Il me semble que dans certains cas graves de béribéri la moelle est atteinte en même temps; si cela n'est pas sanctionné par l'observation anatomo-pathologique, la clinique tout au moins permet de l'admettre (1).

---

(1) Il est bon de rappeler que l'exagération du réflexe rotulien dans les polynévrites a été observée par plusieurs auteurs (Strumpell, Möbius, Déjerine, Morton, Tinny, etc.). C'est un fait également consigné par Pekelharing et Winkler à propos du béribéri, et j'ai personnellement observé, il y a peu, un cas caractéristique chez un jeune Anglais. Crocq a publié un cas de polynévrite où les sphincters ont été compromis (Polynévrite, incontinence d'urine et de matières fécales, tachycardie, hoquet; guérison. *Journal de Neurologie*, 1900, p. 7).

Dans les cas de psycho-polynévrite béribérique que nous allons étudier, il y a certainement eu répercussion cérébrale. Donc, de même que dans les autres polynévrites, l'infection béribérique peut compromettre, simultanément ou successivement, mais d'une manière plus ou moins indépendante, les diverses sections du système nerveux (1) : cerveau, moelle et nerfs.

Le béribéri peut-il par hasard compromettre exclusivement ou de préférence les centres nerveux, en donnant au cadre clinique l'apparence d'une myélite ou d'une maladie de Korsakow béribérique sans polynévrite périphérique ? La chose ne me paraît pas impossible ; mais il est certain que jusqu'à ce jour l'observation clinique n'a enregistré aucun fait de cette nature.

Le béribéri ne met pas fréquemment la moelle en danger (2). La psycho-polynévrite franche non plus n'est pas la règle dans les cas ordinaires de cette maladie. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, M. Patrick Manson trouve dans l'absence de la psycho-polynévrite une caractéristique clinique de la polynévrite béribérique. M. Roux écrivait il y a quelques années : « Il est utile d'insister sur la conservation « absolue de l'intelligence pendant toute la durée de la « maladie jusqu'à la mort ou jusqu'au moment où « survient le coma qui, comme nous l'avons vu, n'est

---

(1) Dans un important mémoire (Estudo sobre a etiologia e naturera do beriberi, *Gazeta Medica da Bahia,* 1880-1881), M. le Dr Pacifico Pereira a fait mention d'altérations microscopiques dans le tissu du cerveau et de la moelle du béribérique.

(2) J'ai écrit dans ma thèse inaugurale, *Des Amyotrophies d'origine périphérique*, Rio-de-Janeiro, 1887 : « Une affection « médullaire intercurrente peut aggraver considérablement l'atro- « phie béribérique, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer chez « un malade du service de M. le Dr Francisco de Castro, à « l'hôpital militaire du Morro do Castello. L'état de ce malade « atteint de béribéri de forme mixte s'améliorait sensiblement, « lorsque survint une myélite diffuse subaiguë dont il ne guérit « qu'au bout de six à huit mois. »

©BIUM



« pas un accident constant. » Il y a des auteurs qui ne mentionnent même pas les troubles de l'esprit dans le béribéri (Pekelharing et Winkler, Brault, Le Dantec, Aznedo Sodré, etc.).

La psycho-polynévrite complète est pourtant observée non seulement dans les cas graves de cette affection, surtout quand ils sont de longue durée, mais encore elle est réellement fréquente sous sa forme atténuée. On peut dire que des troubles psychiques, ceux de la mémoire font la règle dans le béribéri. M. le Dr Silva Lima, que j'ai consulté tout dernièrement, m'a affirmé que si ces observations ne figurent pas dans ses écrits, il n'en a pas moins vu de nombreux cas d'amnésie dans la forme paralytique, se révélant surtout par la perte de la mémoire d'évocation. « Les malades, me dit-il, répètent souvent plusieurs fois de suite au médecin leurs souffrances, toujours convaincus qu'ils en parlent pour la première fois. »

S'il y a cependant des cas où la psycho-polynévrite béribérique reproduit le syndrome classique de Korsakow avec son trouble caractéristique de la mémoire, — perte de la mémoire d'acquisition, amnésie d'évocation, — et persistance de la mémoire de conservation ou de fixation, il faut néanmoins convenir que le plus souvent elle prend plutôt la forme d'une confusion mentale polynévritique avec troubles complexes de la mémoire, et qu'elle comporte ainsi tous les types cliniques admis par M. Gilbert Ballet. C'est ce que vont nous prouver les cas ci-après rapportés.

En raison de la valeur démonstrative du mémoire du professeur Erico Coelho et de son antériorité historique, nous allons donner d'abord un exposé succinct des cas qui y sont mentionnés, ainsi que la description de l'état mental. Toutefois nous reproduirons *in extenso* l'un des cas, le plus démonstratif, nous bornant à ne con-

©BIUM



sacrer aux autres que quelques lignes qui les résumeront.

Obs. I (Dr Erico Coelho). — Béribéri à forme paralytique, à marche chronique, accompagné de mélancolie avec stupeur.

B..., cinquante ans, célibataire, curé de la paroisse de X... Pas d'antécédents névropathiques ni de maladie antérieure intéressante à rappeler. Ne fait pas usage de tabac et n'abuse ni de l'alcool ni des plaisirs sexuels.

L'affection dont il est atteint date de mai 1878 et a débuté par des fourmillements aux doigts. La sensibilité tactile est émoussée ; cette faiblesse s'étend bientôt aux mains, aux pieds, aux avant-bras et aux jambes. Ces sensations se succèdent tour à tour, accompagnées d'une extrême chaleur aux paumes des mains et aux plantes des pieds (dermalgie).

Le malade accuse souvent des douleurs profondes dans les membres, tantôt avec sensations contusives, tantôt fulgurantes.

L'engourdissement de la sensibilité générale du sens tactile s'étend aux membres abdominaux jusqu'au pli de l'aine et aux membres thoraciques jusqu'à l'articulation huméro-cubitale. Le périnée, la muqueuse de l'anus, les parties génitales et le pénis sont également insensibles. Plus tard les fourmillements et l'insensibilité envahissent les lèvres, les gencives, et l'anesthésie de la muqueuse buccale proprement dite s'accentue ; la mastication devient difficile.

L'audition est confuse du côté droit, le moindre son prend des proportions extraordinaires et tourmente le malade, « faisant écho dans tout le crâne », dit-il. Il a des bourdonnements, entend des cris aigus et est le jouet d'autres illusions auditives. Pas d'otorrhée. Plus tard, l'oreille gauche est le siège des mêmes désordres, moins prononcés cependant. En ce qui touche la vision, on constate une amblyopie considérable, de l'astigmatisme, des scotomes.

Le moindre exercice fait éprouver au malade de la lassitude dans les membres inférieurs et supérieurs. La marche lui est bientôt impossible et il peut à peine remuer les jambes dans le décubitus. Il se plaint de rachialgie. Pollutions nocturnes fréquentes et impuissance réelle. Les urines sont rares, sédimenteuses, couleur d'orange, et se décomposent rapidement. B... se plaint de dysurie.

L'amaigrissement est général et très prononcé surtout dans

©BIUM



les masses musculaires. Pas d'œdème. Constipation opiniâtre. L'appétit d'abord languissant se change en anorexie, pneumatose gastrique, borborygmes. Le malade éprouve une sensation « de barre de fer qui lui traverse l'épigastre »; il accuse parfois une douleur qui va d'un hypocondre à l'autre, accompagnée d'engourdissement de la peau du ventre; quand elle le prend, il étouffe, il a des palpitations, sa vue se trouble, et il ne se soulage que par des éructations (*sic*).

L'insomnie, des étourdissements surviennent; les palpitations cardiaques sont véhémentes. Le malade ne dort que deux heures dans la nuit et son sommeil est toujours agité par des cauchemars; l'oppression de l'épigastre l'éveille et le manque d'air l'oblige à se mettre sur son séant.

B... n'a jamais eu de maux de tête, mais bien un indescriptible serrement qui semblait lui entourer la moitié du crâne (*sic*). Il ne peut coordonner ses idées, pour simples qu'elles soient; la perte de la mémoire est grande; il est en proie à une confusion mentale qui n'est pas habituelle; accablé par des préoccupations de toutes sortes, le jouet de craintes puériles, il a conscience de l'état maladif de son esprit; il reconnaît les personnes de sa maison et même celles qui viennent le voir. La perte de sa mémoire et son état d'inattention et de distraction étaient tels qu'il se crut sur le point de perdre complètement la raison et se résolut à faire son testament.

Peu de temps après, le malade tombe dans un tel état d'hébétement et d'inanition que l'on s'attend à sa mort d'un moment à l'autre. Cependant, quelques jours après, il peut sommeiller quelques heures, le jour ou la nuit. Il s'alimente et prend avec plus de facilité ses médicaments; peu à peu ses forces reviennent et, sur le conseil de son médecin, il s'éloigne de sa paroisse et va s'installer près de la mer, où il prend des bains. On constate aussitôt une amélioration notable dans les désordres de motilité, mais son rétablissement complet se fit attendre huit mois; encore lui resta-t-il un peu d'atonie gastro-intestinale.

Lorsque la maladie était à son apogée et que la paralysie clouait B... sur son lit, il ne laissa échapper aucune plainte. Le retour à la raison se manifesta avec le retour à la santé et il put suivre de nouveau *pari passu* les altérations de son esprit, qu'il rapportait soigneusement à son médecin à qui il raconta qu'en rédigeant un jour l'acte d'un mariage qu'il venait de célébrer, il écrivit son propre nom à la place de celui du nouvel époux et signa du nom de ce dernier. Un ami, témoin

©BIUM



du fait et qui, pour ne pas effrayer B..., ne l'en avisa point, l'invita plus tard à revoir l'acte et à corriger la singulière erreur, ce qui fut fait.

Il lui arrivait souvent, lorsqu'il célébrait la messe, de détourner son attention de l'office; il était alors obligé de recourir à son acolyte pour que celui-ci lui indiquât l'endroit où il s'était interrompu. Au milieu d'une prière mentale, le moindre bruit, le vol d'une mouche, suffisaient pour le distraire. Il se surprenait souvent sans pensée, le regard vague, dans une véritable défaillance d'attention. Parfois il écoutait involontairement les paroles que lui-même prononçait, lesquelles venaient « résonner dans son crâne » (*sic*), en lui causant un trouble inexplicable. La mémoire des faits récents fut à ce point perdue, qu'il oubliait à tout instant ce qui s'était passé dans la journée; il demandait par exemple s'il était au déjeuner ou au dîner, etc. Il conservait néanmoins quelques réminiscences de faits anciens et il se souvenait du lieu où il avait serré certains objets avant de tomber malade.

Obs. II (Dr Erico Coelho). — Béribéri à forme œdémateuse et à marche aiguë. — Amnésie notable. — L'évolution de la maladie dure dix-huit mois. — Guérison complète obtenue par le déplacement du malade.

Femme de quarante ans, en bonne santé jusqu'alors. A eu plusieurs enfants. Habitait la ville de Campos lorsqu'elle a contracté la maladie qui, dans un court laps de temps, prit une forme aiguë. Après un séjour de deux ans près de la mer la guérison est complète.

L'auteur décrit ainsi les troubles mentaux : «.... Se plaint « d'insomnies et de palpitations cardiaques; éprouve de la « confusion dans les idées, dit-elle; oublie les événements les « plus récents; en est venue au point de ne pouvoir soigner « son ménage... » Elle va beaucoup mieux. « Toutefois la « perte de la mémoire et l'état d'inattention sont encore remar- « quables. »

Obs. III (Dr Erico Coelho). — Béribéri à marche aiguë, à forme paralytique, se terminant par la mort à la suite de phénomènes bulbaires. — Confusion mentale. — Amnésie.

Il s'agit d'un homme de quarante ans dont la santé a toujours été bonne. A contracté la maladie du malade qui fait

©BIUM



l'objet de l'observation I. La marche est rapide et la mort survient au bout de deux mois.

L'état mental du malade est décrit comme suit par le professeur Erico Coelho :

« ... D'un caractère habituellement très communicatif et « enjoué, il était devenu taciturne et impertinent; les per- « sonnes qui habitaient la maison furent fort étonnées de ce « changement d'humeur qui s'était produit en moins d'un mois.

« ... Il oubliait les choses du moment, s'informait du jour « de la semaine ou de la date du mois et posait des questions « indiscrètes. Il changeait le nom des personnes ou des « choses. Ses lèvres ne prononçaient plus une seule parole « raisonnable...

« Un peu plus d'un mois après l'invasion de la maladie, le « patient était tombé dans un état complet d'abrutissement. « Ne pouvant plus rester levé, il s'alita... Par suite de la « parésie des muscles extenseurs, sa tête fléchissait sur sa « poitrine lorsqu'il était sur son séant. Le regard était vague « et hébété, indifférent à tout ce qui se passait autour de lui. « Il n'adressait plus la parole à personne. »

Obs. IV (Dr Erico Coelho). — Béribéri à forme mixte grave, à marche chronique. — Stupidité vésanique. — Amnésie. — Guérison obtenue par un changement de résidence.

X..., trente-cinq ans, fort et vigoureux. En peu de temps, la maladie prend un caractère grave. Le simple changement de résidence suffit pour amener le rétablissement du malade au bout de six mois.

Etat mental d'après le Dr Erico Coelho :

« ... Le malade se montra d'abord inquiet, appréhensif sur « son état, grognon. Il se plaignait à tout instant; puis il « devint taciturne et sa mémoire s'éclipsa. Ensuite il tomba « dans un mutisme absolu dont il ne sortait qu'en poussant « des cris arrachés par des crampes et des douleurs causées « par l'exploration du médecin. Facies typhoïdique. La bouche « est entr'ouverte, les commissures des lèvres tombantes, le « regard vague, les traits immobiles. »

Obs. V (Dr Erico Coelho). — Béribéri mixte assez grave. — Le malade se rétablit au bout de trois mois.

Homme de trente-cinq ans, cultivateur, sans antécédents alcooliques ni névropathiques.

État mental : « ... Au début le malade est pris de vertiges ; « la vue devient trouble, nébuleuse, comme chargée de tissus « blancs. Le malade se plaint de bourdonnements dans les « oreilles, de sensations étranges semblables à celles que pro- « duiraient les battements d'ailes d'un oiseau... Plus tard il ne « peut expliquer ce qui se passe dans son esprit. Il fuit la « société de sa femme et de ses enfants qu'il aimait beaucoup ; « tous l'ennuient (*sic*)... Il se plaint de ce que sa raison est « troublée (*sic*). Il ne se souvient de rien, oublie le nom des « objets dont il a besoin, donne le nom d'une chose à une « autre qu'il demande. Cela lui fait craindre qu'on ne le croie « ivre et qu'on ne se moque de ses bévues : il se renferme dans « un mutisme volontaire et obstiné. Sa langue s'embarrasse « parfois dans sa bouche au point de l'empêcher d'articuler « clairement un mot (amnésie verbale et paralalie). »

Obs. VI (Dr Erico Coelho). — Béribéri avec récidive ; la deuxième attaque fort longue. — Forme mixte. — Phénomènes paralytiques très accentués suivis de grandes infiltrations. — Troubles bien marqués de l'esprit. — Guérison incomplète.

Femme de quarante-quatre ans, multipare, de constitution robuste. Habitait dans une des provinces du Nord, lorsqu'elle fut atteinte pour la première fois de béribéri paralytique. Guérit en prenant des bains de mer. Deux ans après, rechute. La maladie se présente cette fois sous une forme grave. On envoie la malade dans la région du Sud : elle habite Rio-de-Janeiro d'abord, Campos ensuite. Le mal est persistant ; la paralysie cesse et est remplacée par de l'œdème, qui se généralise dans de fortes proportions. Marche très rapide. Pas d'albumine dans les urines. La malade recouvra la santé, mais resta néanmoins sujette à des œdèmes partiels et errants.

État mental : « ... Pendant la première attaque la perte de « la mémoire est rapide et accentuée ; la malade devient triste « et fuit toute société. Elle passe ses nuits blanches. Tous ces « phénomènes disparaissent avec la guérison. »

Pendant la rechute « la vue est nébuleuse, la malade ne « peut distinguer les traits des personnes que de très près ; au « loin elle n'aperçoit qu'un nuage blanchâtre ». Plus tard « son état mental est exactement semblable à celui d'un idiot. « Le moindre bruit l'effraye ; elle refuse les aliments et les « médicaments qu'on lui présente comme un enfant taquin et

©BIUM



« stupide ». Après son rétablissement « elle a des réminis-
« cences très claires de l'époque antérieure à son voyage à
« Rio-Grande-do-Norte et à Pernambuco, mais à partir de ce
« moment, il y a une solution de continuité dans sa mémoire,
« dans sa conscience un vide. Elle ne se souvient en effet
« d'aucun des événements survenus pendant cette période.
« Lorsqu'elle eut recouvré la raison, elle se montra très étonnée
« de se trouver en pays lointain alors qu'elle se croyait dans le
« Nord »... La malade conserve encore quelque chose de la maladie dont le deuxième accès eut une durée de plus d'une année : sa mémoire est vacillante, son humeur taciturne.

Obs. VII (Dr Erico Coelho). — Béribéri mixte à forme atténuée. — Troubles cérébraux. — Marche très rapide. — Guérison complète.

J. D..., trente ans, bonne santé. Phénomènes parétiques et œdémateux non exagérés. Dépression mentale notable. Guérison obtenue par des injections de pilocarpine.

État mental : « Au début de la maladie le malade se
« montre très appréhensif et taciturne ; il se dérobe à toute
« société, passe des journées entières couché sur le dos, regar-
« dant le plafond, distrait, sans penser à rien (*sic*), inattentif. »

Plus tard « son état mental est tout ce qu'il y a de plus
« curieux. Le malade présente l'aspect d'un dément et agit de
« façon à ne laisser aucun doute sur la perte des derniers
« éclairs de sa raison ».

D'après le diagnostic posé par le Dr Sébastiao de Moura, il s'agissait d'une paralysie générale progressive ; le Dr Erico Coelho attribua l'état du malade à un œdème cérébral rapide et obtint une prompte guérison en pratiquant des injections de pilocarpine.

Obs. VIII (Dr Erico Coelho). — Béribéri à marche suraiguë, à forme viscérale. — Phénomènes parétiques et œdémateux peu accentués. — Mort.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, corpulent, pléthorique. Simple parésie et œdème prétibial. Phénomènes dyspnéiques et gastriques très graves ; état vertigineux. Le malade succombe le troisième jour après un accès d'orthopnée sans avoir eu d'albuminurie.

État mental : « ... Insomnies depuis plusieurs jours sans

« délire ; indifférent à tout, même aux choses qui le concernent.
« Ses traits annoncent la tranquillité. »

Obs. IX (Dr Erico Coelho). — Béribéri à forme très atténuée. — Légers phénomènes parétiques et sensitifs. — Faible dépression mentale.

« Le malade est faible et accablé sous le poids de pensées « lugubres ; il s'éloigne de tout le monde. »

On l'envoie habiter près de la mer : guérison.

Obs. X (Dr Erico Coelho).

L..., avocat, trente ans. Santé vigoureuse. Phénomènes béribériques douteux ; troubles neurasthéniques. État maladif éphémère.

Le diagnostic de béribéri dans ce cas est fort douteux.

Obs. XI (Dr Erico Coelho). — Béribéri à forme paralytique atténuée ; engourdissement aux mains, parésie aux extrémités inférieures. — Guérison en six semaines.

Campagnard esclave. État mental : Se plaignait « qu'on lui « tirât de la tête quelque chose qui lui enlevait la raison », et en effet, il oubliait de suite ce qu'on lui avait dit ; les faits les plus récents s'effaçaient de sa mémoire.

Dormait très peu.

Obs. XII (Dr Erico Coelho). — Béribéri à forme mixte. — Phénomènes parétiques, sensitifs et œdémateux. — L'œdème se généralise pendant la dernière phase de la maladie. — Guérison.

C'est un métis jeune et vigoureux. Rien à ajouter à la description ci-dessus de la maladie.

État mental : « Sans être questionné à ce sujet, le malade accuse un grand oubli de tout. »

Sans doute il y a des lacunes dans les observations cliniques du Dr Erico Coelho. C'est avec regret qu'on y remarque surtout l'absence d'une étude attentive de l'état mental antérieur des malades, ainsi que des cir-

constances qui auraient pu précéder, accompagner ou suivre le béribéri, comme causes déterminantes des troubles mentaux qu'il décrit. Il ne mentionne pas du moins cette étude. Ainsi, dans l'observation VI, un doute s'empare de l'esprit du lecteur : l'hystérie, si fréquente au Brésil, a-t-elle été étrangère au tableau clinique qui y est représenté? On voit souvent dans notre pays l'hystérie associée au béribéri, dont elle exagère les symptômes.

Dans les observations du Dr Erico Coelho on remarque également qu'il n'y est pas toujours fait mention d'effets produits par l'alcoolisme, si fréquent partout aujourd'hui et qui exerce une influence bien connue sur la manifestation de la psycho-polynévrite.

Or, quelques-uns des sujets qui font l'objet de ces observations appartiennent aux travailleurs ruraux et aux couches sociales inférieures ; il est difficile dès lors d'admettre que l'alcoolisme n'ait pas joué un rôle plus ou moins important sur les malades dont il est question.

D'autre part, l'analyse psychologique de l'état mental des malades est vraiment incomplète, superficielle et peu détaillée. Les éléments composants de l'état mental des béribériques, tels que l'amnésie, le délire, l'hébétement, la confusion mentale, etc., n'ont pas été séparés, détachés, et par suite étudiés convenablement. L'auteur se révèle même peu familiarisé avec les études psychiatriques, tout au moins, semble-t-il, à l'époque où il écrivait. Ainsi dans son observation II (1), il dit : « A « la rigueur, si on pouvait appliquer le terme — dé- « mence — à une psychopathie de la marche aiguë, à « un état d'aliénation non définitif, mais transitoire, « comme dans le cas présent, aucun autre ne lui con- « viendrait mieux. » On sent que l'auteur a bien saisi

(1) *Annaes da Academia imperial de medicina*, p. 125.

la synthèse de l'état mental qu'il observe ; mais il est clair également qu'il ignorait l'*amentia* de Meynert, la démence aiguë d'Esquirol et de Brierre de Boismont, la stupidité de Georget, de Delasiauve, de Dagonet, etc., états connus et décrits depuis longtemps, et qui réalisent cette démence aiguë dont l'existence possible était encore une cause de doute pour lui.

Sa description devient ainsi fidèle ; les phénomènes observés sont fidèlement retracés puisqu'ils lui étaient entièrement nouveaux : telle est la conclusion qui s'impose après lecture.

Nous pouvons donc affirmer que si la coexistence des troubles mentaux avec le béribéri était déjà connue à Bahia depuis les premières études du Dr Silva Lima, la démonstration de la présence, dans le béribéri, de la psycho-polynévrite a été faite au Brésil dès la publication du mémoire du Dr Erico Coelho en 1886, c'est-à-dire, comme nous l'avons déjà dit, précisément un an avant que le savant aliéniste russe Korsakow eût publié son travail sur ladite psychose, lequel date de 1887.

La justice et l'impartialité nous obligent toutefois à reconnaître que, rigoureusement, ce que le médecin brésilien a démontré pour la première fois en 1886, c'est l'existence des différentes formes de confusion mentale dans une maladie infectieuse particulière, — le béribéri, — fait qui dans son sens générique était déjà antérieurement connu relativement à d'autres maladies. D'autre part on ne peut dire que la description clinique d'Erico Coelho, peu détaillée et analysée, puisse disputer la priorité de la caractérisation du syndrome de Korsakow, car la précision et l'exactitude rigoureuse apportées par le psychiatre russe dans l'analyse de l'amnésie furent telles, le syndrome étudié par lui fut présenté sous une forme si originale et si nouvelle, qu'on

lui a attribué une autonomie nosologique. Et s'il semble avoir été prouvé que la maladie de Korsakow est à peine une modalité de la confusion mentale ne pouvant pas prétendre aux honneurs d'une maladie spéciale, la fidélité de la description et l'importance que les troubles étudiés ont dans l'état mental particulier des polynévritiques n'ont rien perdu de leur mérite ; la dénomination de maladie de Korsakow donnée à cet état mental, gagnant en étendue ce qu'elle perd en autonomie, atteste hautement la valeur de ces études.

En ce qui touche les béribériques, l'observation clinique postérieure au mémoire du Dr Erico Coelho doit avoir, donc, un double but : 1° démontrer que les troubles qu'il a étudiés pendant l'épidémie de Campos et qu'il a ensuite décrits, sont particuliers au béribéri (1), et ne constituent pas une manifestation accidentelle de cette épidémie ; 2° prouver que les troubles caractéristiques de la maladie de Korsakow existent dans le béribéri et que les troubles de la mémoire constituent même le fond constant de l'état mental dans la psycho-polynévrite béribérique.

Les observations du Dr Erico Coelho n'ont pas fait cette démonstration. La fréquence et l'importance de l'amnésie sous ses différentes formes dans le béribéri y sont certainement enregistrées ; mais non seulement

(1) Je viens d'examiner cinquante et un cas de béribéri à l'hôpital militaire de Bahia. Ce sont pour la plupart des soldats qui reviennent du bassin des Amazones, sur les frontières du Brésil et de la Bolivie, endroit où règnent le béribéri et les fièvres paludéennes ; les troupes brésiliennes y ont été décimées par ces deux fléaux.

Sur ces cinquante et un malades, il y en a vingt et un qui ont présenté des troubles psychiques atténués : de la faiblesse de mémoire, un état d'excitation nerveuse, des idées noires, de la confusion mentale, etc. Cinq seulement ont présenté de l'amnésie du type Korsakow. Et sur ces cinq malades, le cas le plus net est celui d'un malade qui n'est pas allé dans la région des Amazones et qui n'a jamais été atteint de fièvre paludéenne.

l'amnésie y figure comme consciente (Obs. I, VI et XI), mais encore la perte de la mémoire y est considérée totale et parfois irréparable.

## IV

Si pour prouver l'existence de la psycho-polynévrite dans le béribéri les cas précités sont suffisants et rendent superflue la citation de multiples observations cliniques, il est bon néanmoins de préciser le mieux possible les formes que peut revêtir dans cette affection la maladie de Korsakow. Dans les cas que nous avons étudiés, il en est tout au moins trois qui ressortent clairement : la forme amnésique, la forme délirante et la forme confusionnelle.

I. — FORME AMNÉSIQUE, c'est-à-dire la psychose polynévrite proprement dite.

C'est la forme prédominante dans le béribéri ; elle est la règle, les autres formes ne sont que des exceptions. Sur douze observations du Dr Erico Coelho il y en a six où l'amnésie est spécialement indiquée. Mais en 1872, c'est-à-dire quinze ans avant la publication du mémoire de Korsakow, le Dr Silva Lima faisait déjà cette description saisissante des troubles de la mémoire dans le béribéri : « Dans le béribéri, écrivait-il (1), *les facultés* « *intellectuelles* restent généralement intactes, même « dans les cas graves ; cependant dans la forme para- « lytique, surtout vers la fin, la mémoire se trouble à « ce point que le malade fait la même question à plu- « sieurs reprises, raconte plusieurs fois le même fait, « se plaint des mêmes maux, à petits intervalles, à la « même personne, surtout à son médecin, s'informe des « personnes déjà décédées comme si elles étaient encore

(1) Dr Silva Lima. *Ensaio sobre o beriberi*. Bahia, 1872, p. 130.

©BIUM



« en vie, etc. Ce demi-délire est ordinairement le pré-« sage d'un dénouement fatal. » — Les pseudo-réminiscences, les faux souvenirs des psycho-polynévrites ne manquent même pas à cette description du Dr Silva Lima. Nous ferons une réserve cependant en ce qui concerne la gravité du pronostic et l'exclusion des formes mixte et œdémateuse. J'ai vu des cas accompagnés de graves perturbations amnésiques se terminer par la guérison ; de même j'ai rencontré des cas d'amnésie dans la forme mixte et même œdémateuse de la maladie.

J'ai observé de nombreux cas d'amnésie béribérique, surtout dans la forme atténuée. Je me bornerai toutefois à présenter l'observation suivante où les troubles de la mémoire décrits par Korsakow se montrent avec une parfaite netteté.

Obs. XIII (personnelle). — Béribéri paralytique d'intensité moyenne. — Psycho-polynévrite à forme amnésique. — Guérison incomplète.

S..., âgé de trente-cinq ans, marié. Pas d'habitudes alcooliques, ni d'antécédents névropathiques dignes d'être retenus. N'est pas syphilitique. On ignore la cause de la mort de son père. Sa mère est aortique. Il a eu deux sœurs : l'une est morte d'un cancer utérin, l'autre vit encore et jouit d'une bonne santé.

Comme antécédents personnels, on ne relève que des pertes hémorrhoïdales fréquentes.

Le début de la maladie remonte à 1900. Elle revêt la forme paralytique avec parésie des membres inférieurs ; marche en steppage peu prononcée, anasthésie cutanée des pieds et des jambes ; la pression des mollets provoque de la douleur ; abolition du réflexe rotulien. En même temps le malade devient triste, très irritable, oublieux. Il part pour Itaparica (1), où il

(1) Itaparica est une île assez vaste qui se trouve dans la rade, en face la ville de Bahia. Son climat jouit d'une grande réputation pour la guérison du béribéri. Les malades qui y vont se soigner guérissent tous ou presque tous.

recouvra, au bout de quelques mois, une santé aussi bonne que celle dont il jouissait auparavant.

En mars 1903, rechute. S..., qui est père de famille, perdit son emploi. Il en résulta pour lui des souffrances morales qui exercèrent une influence fâcheuse sur sa santé.

Les premiers symptômes se manifestent par un abattement profond, de la lourdeur dans la marche et des fourmillements dans les jambes ; il y a en même temps de l'anesthésie cutanée jusqu'aux genoux. Inappétence, tristesse, grande irritabilité.

Ces symptômes s'aggravent rapidement. Quelques jours plus tard les jambes sont œdématiées ; les membres inférieurs deviennent parétiques avec paralysie des extenseurs, ce qui fait que dans la marche les pieds du malade se plient en dedans. Dyspnée. Etat général mauvais. Des fourmillements se font sentir aux doigts des mains, avec parésie des extenseurs, surtout ceux des pouces. Les mouvements délicats, tels que ceux que réclame la confection d'une cigarette, sont très difficiles. La parésie des membres inférieurs augmente au point d'empêcher le malade de sortir sans être accompagné par quelqu'un, dans la crainte d'une chute. Douleurs dans les muscles des jambes ; l'œdème s'étend aux pieds. Palpitations.

S... retourne à Itaparica huit jours après la récidive. Les symptômes généraux alarmants s'améliorent aussitôt ; mais la parésie, l'œdème, les douleurs et l'anesthésie persistent, ou du moins ne s'effacent que fort lentement et l'obligent à prendre des bains de mer.

Quoique non complètement rétabli, le malade est obligé de revenir à Bahia après un séjour de quatre mois dans l'île.

*Etat mental.* — Tristesse profonde, mutisme, irritabilité extrême. Tout incommode le malade ; il devient si impertinent que « même avec la patience de Job on ne pourrait le supporter », dit sa femme. Idées noires, tendances au suicide. Amnésie d'évocation prononcée. Il oublie tout, même ce qu'il vient de faire, mais n'a pas conscience de son état. Pour le convaincre de son état amnésique, sa femme dut appeler son attention avec insistance sur ce point. Quand il voulait, par exemple, allumer une cigarette, et qu'il était obligé de se rendre dans la pièce contiguë à sa chambre pour y chercher des allumettes, il ne se souvenait plus de ce qu'il était venu chercher. De retour dans sa chambre et lorsque de nouveau il voulait allumer sa cigarette, il se rappelait le motif qui l'avait fait lever. Sa mémoire était sujette à de fréquentes illusions, il

avait de faux souvenirs. Il croyait parfois avoir dit à sa femme de lui rappeler quelque chose qu'il avait à faire, étant resté muet à cet égard, et il s'irritait en la blâmant de ne lui avoir pas obéi.

L'état mental s'amende en même temps que l'état béribérique. La tristesse diminue, l'irritabilité rétrocède, le malade a conscience de ses accès d'irritation et des souffrances qu'elles ont fait endurer à sa femme qu'il aime beaucoup; il en a du regret.

Aujourd'hui, six mois après son retour d'Itaparica, sa mémoire est encore très faible; il oublie souvent les faits les plus récents et se croit guéri, bien qu'en réalité il ne le soit pas, car les douleurs et les fourmillements persistent et parfois il se montre encore de l'œdème.

Lorsque le béribéri est grave, il arrive souvent que la perte de la mémoire est beaucoup plus sérieuse; elle est quelquefois définitive et presque irréparable.

Mon confrère et ami, M. le Dr Alfredo Britto, me communique un cas remarquable d'amnésie béribérique observé par lui en 1882. Un homme de cinquante-deux ans, vigoureux, sans antécédents alcooliques ni syphilitiques, fut atteint de béribéri paralytique très grave. La paralysie, rapidement ascendante, se généralise aux quatre membres; le malade ne pouvait plus faire un pas ni se servir de ses mains, même pour manger. En présence des graves symptômes qui se manifestaient, il est transporté à Itaparica. Là, à mesure que la paralysie rétrocédait, une infiltration œdémateuse généralisée se produisit.

La perte de la mémoire fut complète pendant la durée de la maladie. Le malade oubliait tout, ne connaissait plus les personnes qui l'entouraient. Les faits les plus récents s'effaçaient de sa mémoire à peine s'étaient-ils passés.

La guérison n'eut lieu que deux ans après l'invasion de la maladie. La mémoire ne revint jamais à son état

©BIUM



normal, elle resta toujours très faible : le malade était obligé de noter le matin ce qu'il devait faire dans la journée. Il semble toutefois qu'il conserva, après sa guérison, le souvenir de certains événements survenus pendant le cours de la maladie. Il vécut encore de longues années et succomba douze ans plus tard victime d'une pneumonie.

Je connais plusieurs cas semblables, entre autres celui d'un député, homme d'un âge déjà avancé, présentant une amnésie béribérique presque aussi complète que celle du cas précédent, moins nette cependant. Le malade souffrait d'impaludisme chronique et avait le foie et la rate hypertrophiés ; l'invasion du béribéri fut précédée d'un accès de fièvre paludéenne nettement caractérisée. Il a repris aujourd'hui ses travaux parlementaires et se considère comme complètement guéri. Une faiblesse de mémoire assez accentuée est néanmoins persistante.

Dans ce cas, ainsi que cela arrive souvent, deux causes capables chacune séparément de provoquer la psycho-polynévrite — le béribéri et l'impaludisme — sont venues s'ajouter l'une à l'autre.

II. — Forme délirante. — Le Dr Silva Lima parle d'un certain délire chez les béribériques. L'observation suivante nous paraît caractéristique de la forme délirante dans la polynévrite béribérique.

Obs. XIV (personnelle). — Béribéri paralytique. — Antécédents alcooliques. — Accès fébriles. — Psycho-polynévrite à forme délirante, à laquelle succède l'amnésie.

M..., âgé d'environ cinquante ans, de race blanche. Bonne constitution, santé excellente jusqu'à ce jour. Pas d'antécédents paludéens quoiqu'il habite la ville de Barra de Rio de Contat, située sur les rives du San Francisco où règne l'impaludisme. Mène une vie de plaisirs. Ne présente pas de signes d'alcoolisme, bien qu'il se livre à des excès de boissons spiritueuses. Pas de syphilis.

©BIUM



Il eut, en juillet 1899, plusieurs accès de fièvre du type intermittent, accompagnés d'état bilieux.

Croyant avoir affaire à des accès paludéens on lui administra plusieurs doses de quinine; le résultat fut négatif. Les accès continuèrent pendant quelques jours, puis cédèrent; mais avant leur cessation, des symptômes évidents de polynévrite béribérique commencèrent à se manifester. Le béribéri régnait alors à Bahia sous forme épidémique légère.

Les pieds et les jambes sont d'abord le siège de fourmillements et d'anesthésie cutanée ; la pression des mollets produit une douleur intense ; œdème dur et élastique aux jambes, faiblesse dans les membres inférieurs avec parésie des extenseurs; pieds tombants et abolition des réflexes rotuliens; marche difficile, légèrement en steppage. Cet état s'aggrave rapidement les jours suivants. La parésie des membres inférieurs se change bientôt en une paralysie presque complète, qui ne permet plus au malade de se lever sans être soutenu par deux personnes fortes. Les pieds toujours pendants se plient tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; les genoux manquent de fermeté ; les jambes fléchissent sous le poids du corps quand on maintient le malade debout. L'anesthésie cutanée des jambes devient absolue; la pression des masses musculaires fait naître des douleurs excessives, mais il n'y en a pas de spontanées. Les fourmillements finissent par gagner le bout des doigts ; les mains sont faibles; les pouces tombants, rentrés en dedans, rendent la préhension des objets impossible ; le malade ne peut plus lever les bras.

L'auscultation révèle des palpitations cardiaques accentuées ; on trouve un renforcement du son diastolique pulmonaire. Le pouls est notablement accéléré. Le malade sent des nausées suivies parfois de vomissements ; sensation de constriction à la base du thorax. Les urines sont rares, de densité élevée; elles contiennent de la bile, mais non de l'albumine ni du sucre.

Lorsque la fièvre commence à rétrocéder et que les phénomènes paralytiques deviennent plus accentués, le patient se montre apathique, indifférent, oublieux des faits les plus récents, sans avoir conscience de son état. Puis un véritable délire se déclare, délire onirique avec exacerbation dans l'après-midi et diminution vers le matin, délire doux comme un rêve pendant lequel le malade se croit à ses travaux et dont il sort lorsqu'on l'appelle. Au commencement de la journée, le trouble est à peine sensible.

©BIUM



Sa femme nous fit connaître que pendant la nuit il délirait, comme « s'il eût rêvé éveillé ». Puis il a présenté un état de sous-délire, de rêvasserie, même pendant la journée. Toujours oublieux, il répétait les mêmes choses, les mêmes plaintes plusieurs fois.

Je conseillai son envoi à l'île d'Itaparica, où il fut soigné par un médecin de la localité. Comme je m'intéressais à la marche de la maladie j'ai demandé et obtenu des nouvelles du malade plusieurs fois.

L'amélioration des phénomènes névritiques, aussi bien que celle des psychoses, fut extrêmement lente. Les troubles cardiaques et l'état général alarmant seuls disparurent aussitôt après le changement de résidence. Les perturbations mentales perdirent leur allure délirante au bout de quelque temps, mais la perte déjà notable de la mémoire, le caractère démentiel et hébétant s'accentuèrent.

J'eus l'occasion de voir le malade à Bahia six à huit mois après. Il allait beaucoup mieux et se disait guéri. Néanmoins, l'anesthésie cutanée et les fourmillements persistaient, ainsi qu'un peu d'œdème aux extrémités inférieures ; la pression des mollets causait encore de la douleur; la mémoire était très faible: il oubliait facilement. Je l'ai complètement perdu de vue.

Malgré les excès alcooliques du malade, d'ailleurs sans manifestations d'alcoolisme chronique, il paraît juste, dans le cas qui nous occupe, d'attribuer au béribéri à forme très grave les perturbations mentales.

Nous ne pensons pas qu'on doive imputer à l'impaludisme les accès de fièvre du début, comme nous l'avions cru tout d'abord, car les accès de fièvre se présentent fréquemment dans le cours du béribéri.

III. — FORME CONFUSIONNELLE ; FORME ANXIEUSE ; FORME DÉMENTIELLE. — On rencontre parfois dans le béribéri des cas qui prennent une ou plus d'une de ces trois formes cliniques de la polynévrite, décrites par M. Gilbert Ballet.

Hormis cependant la forme confusionnelle légère, presque toujours liée à la forme amnésique, elles sont relativement rares.

L'observation IV du Dr Erico Coelho rentre clairement dans la forme démentielle aiguë du type typhoïde. Quelques-uns ont cru trouver la paralysie générale dans l'observation VII. Dans les observations V, VIII et XI il y a des indications évidentes d'un élément confusionnel manifeste. Dans une observation du Dr Silva Lima, la forme anxieuse est claire.

Cependant, lorsque j'ai observé personnellement des cas semblables, l'impression que j'ai eue, c'est que cet état mental est plutôt la conséquence d'un état névropathique antérieur au béribéri, qui vient l'aggraver, qu'un résultat du béribéri lui-même. Dans ses observations cliniques, M. Erico Coelho attribue à cette maladie des manifestations neurasthéniques communes comme le casque neurasthénique (obs. I).

Rigoureusement, dans l'observation X, il ne s'agit pas de béribéri, mais bien tout simplement d'un état neurasthénique dissipé sous l'influence bienfaisante d'un voyage.

J'ai été appelé tout récemment à examiner une hystérique qui présentait, après une attaque de béribéri, un changement considérable dans le caractère lié à un état prononcé d'amnésie.

Je n'en conclus pas que ces formes cliniques ne puissent se rencontrer avec le béribéri ; j'affirme simplement qu'elles sont rares et le plus souvent sous la dépendance d'un état névropathique préexistant à l'état béribérique.

## CONCLUSION

Nous conclurons donc à la faveur des observations qui précèdent, que :

1° Dans la polynévrite béribérique, de même que dans les autres espèces de polynévrite, on observe l'état

mental décrit par Korsakow sous la dénomination de psychose polynévritique ;

2° Quoique toutes les formes classiques de la psychose polynévritique admises par Gilbert Ballet puissent se trouver dans le béribéri, c'est la forme amnésique qui est la plus fréquente ;

3° Dans la psycho-polynévrite béribérique, l'amnésie appartient généralement au type clinique décrit par Korsakow ; cependant, dans les cas graves de béribéri elle est parfois totale et plus ou moins définitive ;

4° Rien ne confirme l'opinion émise par M. Patrick Manson, lorsqu'il soutient que dans la polynévrite du béribéri le défaut d'amnésie est un signe suffisant pour la distinguer des autres espèces de polynévrite.

L'opinion de cet auteur, qui jouit d'une autorité indiscutable en matière de maladies tropicales, pourrait induire en erreur les cliniciens et les conduire dans une voie pleine de conséquences désastreuses. En fait, au Brésil, éloigner promptement le béribérique du lieu où il a contracté la maladie est un moyen de traitement d'une efficacité qui ne se discute plus.

Ne pas en user lorsque le malade est frappé de psychose polynévritique sous le prétexte qu'il ne s'agit pas de béribéri, parce que, suivant M. Manson, le syndrome n'existe pas dans cette maladie, c'est faire courir le plus grand danger à la vie du malade : c'est le sacrifier.

©BIUM

# LES STÉRÉOTYPIES DÉMENTIELLES

**Par le Dr BESSIÈRE**

Directeur médecin de l'asile d'aliénés d'Evreux.

La démence, affection dont le cadre a été singulièrement élargi sous l'influence de l'École allemande, est dans l'état actuel de nos connaissances subdivisée en quatre groupes :

*Démence précoce, démence terminale, démence sénile, démence des affections organiques de l'encéphale.*

Quelle que soit la classe à laquelle ils appartiennent, les malades en démence offrent des symptômes à peu près semblables, qui consistent en un affaiblissement plus ou moins profond de l'intelligence, de l'attention, de la volonté, du jugement. Des délires très divers se surajoutent souvent, mais non constamment, à cet état fondamental de diminution de l'activité mentale.

Dans un intéressant article de la *Revue de Psychiatrie*, paru récemment, M. Toulouse a nié l'existence de la démence vésanique qui, d'après lui, n'est pas une démence, mais un état constitué uniquement par de la confusion mentale.

La distinction entre les confus et les déments est peut-être difficile quand on se trouve en présence d'aliénés qu'on ne connaît pas et dont on ne peut, lors d'un premier examen, que scruter la situation psychique par des investigations qui visent les facultés intellectuelles, la

©BIUM



mémoire, l'association des idées, etc. ; mais le doute n'est pas durable à condition de se renseigner parallèlement aux interrogatoires sur l'attitude et la manière d'être des malades. Leurs actes révèlent en effet des particularités tout aussi intéressantes que leur raisonnement, et celles-ci non seulement éclairent le diagnostic, mais sont parfois suffisantes pour l'établir avec toute la précision désirable.

C'est par une étude attentive des symptômes extérieurs que Kraepelin a réuni dans un même groupe les catatoniques, qui étaient autrefois confondus avec les mélancoliques, et les dégénérés.

Le double contrôle indiqué ci-dessus permettra, à la suite d'un certain temps d'observation, de ranger parmi les déments tous les aliénés qui, soit dans l'expression de leur pensée, soit dans leur mimique, se montrent essentiellement des routiniers, des automatiques, ayant ce caractère commun : l'adoption et la répétition indéfinie de la même phrase, du même geste, du même mouvement.

P..., aliéné de la Seine, qui se croit Dieu, interpelle en ces mots toutes les personnes qu'il rencontre : Je demande l'extermination. Les hommes qu'il a créés ne se comportant pas envers lui avec tous les égards auxquels il a droit, il n'a pas trouvé de meilleur moyen de les faire rentrer dans la bonne voie que de les détruire.

G..., dément, mort en 1904, nous remettait tous les jours des papiers ainsi conçus : Bon pour 4 millions de forêts, 4 châteaux, 22 fermes, 100 vaches, 600 moutons, 200 porcs, 1.000 poules, 10.000 lapins, 20 fusils et 20 revolvers. Signé G... Gérosime Henri V, Empereur Napoléon, Président de la République.

T... écrit deux fois par semaine à MM. les Ambassadeurs de France et d'Espagne.

O... chante du matin au soir d'une voix retentissante

un hymne religieux, et sous l'influence de l'imitation, d'autres font chorus avec lui.

M... interrompt ses occupations pour interpeller et injurier vingt fois par jour son frère mort depuis quelques années et qu'il croit toujours vivant, en dépit des témoignages qu'il a reçus de ce décès.

C... met en vers tous les articles de journaux qui lui tombent sous les yeux et s'astreint à ce travail pendant des journées entières. Voici un échantillon de sa poésie :

Les ouvriers du port de Brest
Au nombre de trois mille cinq cent
En un meeting protestent
Avec Lucas comme président.

Mlle G... s'exprime comme les nègres : Soupe fait mal, pas bonne, donne coliques ; café fait mal, donne tortures morales ; moi pas vouloir manger soupe, etc.

Des magistrats du tribunal de X..., venus pour interroger cette malade en vue d'une instance d'interdiction, ne l'ont pas trouvée, malgré mes certificats, dans un état mental suffisamment troublé pour accueillir la demande de la famille. En dehors de ses stéréotypies elle est en effet capable de soutenir une conversation et de répondre à un certain nombre de questions. Ses parents, déboutés une première fois, ayant persévéré et obtenu qu'elle fût examinée par un médecin étranger à l'asile, le professeur G. Ballet, chargé de l'expertise, a conclu comme moi à la démence et à l'incurabilité de cette aliénée.

A..., dément sénile, nous raconte à chaque visite la même histoire invraisemblable et puérile des persécutions que le maire de L... lui a fait subir la nuit précédente. A... ne se couche pas avant 1 heure du matin, dans l'espérance de se trouver face à face avec son ennemi. Ne voyant rien venir, il se lasse et se met au lit; mais, aussitôt qu'il ferme les yeux, la voix du maire

se fait entendre et prononce ces paroles qui plongent A... dans la plus vive frayeur :

Tant que tu attaqueras Pilette,
Ton affaire ne sera jamais faite.

Les persécutés qui versent dans la démence fabriquent des mots de leur invention, des néologismes qui reviennent constamment dans leurs propos ou dans leurs écrits.

Ci-dessous un spécimen des lettres de Mme L..., démente persécutée et mégalomane, qui se dit propriétaire de la Compagnie P.-L.-M. :

Messieurs sur cette page que voici écrivez tous sûrement réponses et envoyez à moi-même en vingt heures. Encore à m'y en plaindre Dieu Dieu Dieu Dieu que nos coûteusement papiers légalement d'identités, preuves à conviction piratessement pris plusieurs fois et non restitués à m'y m'y occuper, travailler, servir avec retard, peurs, privations à me payer instantanément sur toutes places avec soins, réparations d'honneurs toutes les journées, nuits, fêtes, dimanches sans discontinuer heures légalement, réglementairement procès-verbalisés. Je m'y annonce et m'y suis annoncée plusieurs fois : Madame, Maîtresse, Altesse, Majesté, Justice, Impératrice, Reine, Grâce, P.-L.-M.

Cette lettre contient, en même temps que du parler nègre, des néologismes et des mots constamment répétés.

L'observation des actes des déments montre que dans la sphère instinctive les stéréotypies sont, si c'est possible, encore plus nombreuses.

Suivons T... dans ses occupations journalières. Nous le verrons sortir de sa poche d'innombrables feuilles de papier, sur lesquelles on n'aperçoit que des points noirs d'inégale dimension. Du matin au soir, armé d'un crayon, il ponctue sans relâche. Interrogé sur la signification de cet exercice, il répond qu'il fait de la topographie. Une

©BIUM



feuille ainsi noircie prend place dans sa collection en attendant qu'une nouvelle vienne s'ajouter aux précédentes.

Tel autre passe sa journée à griffonner à la craie sur des morceaux d'ardoise, sur les murs, les bancs, les portes, des signes inintelligibles sous forme de raies, de lignes, de lettres majuscules.

Il en est qui accumulent dans leurs poches toutes sortes d'objets disparates, croûtes de pain, morceaux de cire, bouts de zinc, rubans, ficelle, débris d'étoffe, etc. Si on ne les fouillait pas de temps en temps, ils finiraient par plier sous le poids de leur bagage.

L... s'occupe activement à ramasser dans la cour des cailloux qu'il garde précieusement et qu'il remet à sa femme quand celle-ci vient le voir.

D..., ancien garde champêtre, s'astreint pendant des heures entières à écrire, d'une écriture tellement fine qu'on peut à peine la lire, des élucubrations qu'il appelle ses procès-verbaux et ses amours et qu'il remet à toutes les personnes qui viennent visiter l'asile. Il en garde les doubles qu'il amoncelle dans la doublure de sa veste et circule bardé de chaque côté de la poitrine d'une véritable cuirasse de papiers.

Des dessinateurs renouvellent constamment le même dessin, la même figure. Quant aux sculpteurs, la prudence exige qu'on leur enlève leurs outils.

Si on examine l'attitude des déments au réfectoire, on en voit qui mangent gloutonnement, avec une voracité bestiale. Certains se retirent à l'écart et prennent leur repas dans un coin ou dans une pièce voisine. D'autres, trouvant un os dans leur assiette, le mettent dans leur poche et l'y oublient.

Dans l'intervalle des repas le nombre est relativement élevé de ceux qui avalent des objets peu comestibles, médailles, chapelets, cailloux, ou ingurgitent

toutes les saletés qu'ils rencontrent : vers de terre, oiseaux et souris crevés, excréments, paille, chiffons, marrons d'Inde entiers, etc. A noter que malgré ces écarts de régime, l'appendicite est ici une maladie inconnue.

Dans la cour, l'un circule avec une activité automatique, passant toujours par les mêmes chemins et répétant les mêmes gestes ; le voisin marche courbé en deux ; le suivant fait deux pas en avant et trois en arrière ; un quatrième se balance assis à la même place en répétant un air monotone ; un cinquième s'agenouille et fait des signes de croix. Certains passeraient leur vie aux cabinets si l'on n'y mettait bon ordre. N'oublions pas non plus ceux qui stationnent aux portes, qu'ils poussent de toutes leurs forces, et les franchissent dès qu'elles s'ouvrent pour s'élancer au dehors sans aucun but défini, car leur intelligence est trop affaiblie pour qu'ils soient capables de mûrir un plan d'évasion et de l'exécuter.

Au dortoir les singularités se poursuivent. Celui-ci se couche sous son lit, celui-là se glisse entre le sommier et le matelas. D'autres prennent des positions bizarres, se couchent la tête aux pieds, s'enveloppent la tête avec leurs draps ou se recroquevillent de façon à ce que les genoux touchent le menton, etc.

Ces malades négligent souvent leur tenue, assujettissent à peine leurs vêtements, sont débraillés, marchent pieds nus dans leurs chaussures.

Le même manque de pondération s'observe chez ceux qui versent dans l'excès contraire. Ceux-ci s'habillent avec excentricité, se mettent des pompons ou des fleurs à la coiffure, des rubans et des décorations à la boutonnière, portent en guise de bagues des anneaux de cuivre ou de fer-blanc.

Les femmes se font particulièrement remarquer par

©BIUM



des toilettes invraisemblables. Telle Mlle S... qui s'affuble d'une robe blanche fabriquée avec des rideaux, d'un voile blanc, de gants blancs, d'une couronne, qui la font ressembler à une mariée. Elle a d'ailleurs l'intention d'épouser un de nos internes.

Mlle R... porte sur la tête une toque de professeur agrémentée de rubans et de fleurs, et se promène pendant des heures entières en tenant des bouts de bois dans ses mains jointes.

De même que les autres aliénés les déments sont parfois dangereux et redoutables. On rencontre parmi eux des impulsifs qui déchirent leurs habits, cassent des carreaux, frappent les gardiens ou tournent contre eux-mêmes leur penchant destructeur.

C... a entassé un soir sous son lit les papiers qu'il collectionne et y a mis le feu dans l'intention d'incendier l'asile.

N... s'acharne à dévaster les parterres et les plates-bandes, à couper les fleurs, à déraciner les arbustes.

B..., ancien adjudant de cavalerie, mort dans l'année, s'épilait la moustache jusqu'au sang et s'arrachait avec les ongles des lambeaux de lèvre supérieure.

G..., qui se taillade la tête chaque fois qu'il peut s'emparer de quelques morceaux de verre, s'est sectionné un jour le prépuce tout entier avec des ciseaux qu'on avait négligé de serrer.

La plupart des négativistes, c'est-à-dire ceux qui résistent à tout avec une obstination invincible, se montrent violents dès qu'on les contrarie. Le fait de les conduire à table, de les faire changer de linge, de les déranger tant soit peu, provoque chez eux de violentes colères qui se terminent le plus souvent par des coups.

Si bizarres que paraissent les actes de ces malades ils ont à leur origine un but, une signification pour

©BIUM



ceux qui les exécutent. A la longue la pensée directrice faiblit et ces mêmes mouvements deviennent des habitudes invétérées, indépendantes de la volonté, soumises uniquement à une routine machinale. En les comparant aux radotages cités plus haut, on voit qu'il n'existe aucune différence entre tel aliéné qui rabâche constamment la même phrase ou écrit toujours la même lettre, et tel autre qui a adopté un mode d'agir, un geste, une attitude qu'il conserve indéfiniment : d'où cette conclusion que toute stéréotypie, intellectuelle ou instinctive, à condition d'être persistante, est un signe de démence. La permanence est en effet un élément très important au point de vue du diagnostic et du pronostic, car au début du délire épileptique, ainsi que dans la folie maniaque-dépressive, on observe aussi des stéréotypies ; mais celles-ci sont de courte durée et ont, comme les accès pendant lesquels elles se produisent, un caractère très net d'intermittence.

Cette dernière remarque n'a pas été signalée par M. Dromard, qui, dans un intéressant article paru dans les *Archives de neurologie*, alors que j'avais terminé ce travail, a étudié les stéréotypies de la démence précoce.

En résumé, si les phénomènes automatiques *passagers* s'observent dans un certain nombre d'affections mentales, ces mêmes phénomènes, quand ils sont *continus, indéfiniment répétés*, sont caractéristiques des états démentiels de toute nature.

©BIUM

# LES INCENDIAIRES

**Par le Dr GIMBAL**

Médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique*

(*Prix Esquirol, 1904.*)

SUITE (1).

## INCENDIE DANS L'ALCOOLISME, SEUL OU ASSOCIÉ A L'ÉPILEPSIE

L'alcoolisme, survenant au cours de la débilité mentale, est une cause puissante d'incendie, ainsi que nous l'avons déja vu. Seul, ou associé à l'épilepsie, il peut également provoquer l'incendie.

La plupart de nos malades sont des alcooliques chroniques, qui à la suite d'ingestion d'alcool incendient.

Leur incendie est isolé ou coexiste avec d'autres actes délictueux ou criminels. Si parfois l'incendie apparaît comme un phénomène spontané, lié à une impulsion soudaine, sans relations avec une idée antérieure, parfois il est la conséquence d'idées anciennes, exécutées à l'occasion d'une intoxication aiguë. Dans l'observation XXII, notre malade avait depuis longtemps son idée incendiaire ; mais, pour l'exécuter, des abus d'alcool ont été nécessaires.

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1905 et de janvier-février 1906.

En résumé, sous l'influence d'intoxications éthyliques aiguës survenant chez des éthyliques chroniques, l'incendie est commis, soit que l'idée incendiaire naisse à l'occasion de l'intoxication massive, aiguë, soit que cette idée soit déjà ancienne.

L'alcool provoque ainsi une impulsion incendiaire, qui conduit à l'acte immédiat, d'autant mieux qu'il affaiblit davantage les facultés de jugement, de contrôle.

Il importe de préciser le degré de souvenir que l'incendiaire alcoolique conserve de son acte. Dans l'immense majorité des cas, le souvenir existe très précis. Rarement, ce souvenir est vague. Exceptionnellement, il est absent.

Il semble que l'amnésie résulte de l'ingestion de certaines boissons alcooliques.

Dans l'observation XXII, il est à remarquer que l'amnésie est complète, pour tout ce qui intéresse l'incendie, et que cet incendie est commis à la suite d'abus d'absinthe. Il est permis de penser que l'absinthisme aigu peut imiter l'épilepsie, non seulement en tant qu'attaques convulsives, mais encore en tant qu'amnésie.

Si l'incendie, dans l'alcoolisme, est le plus souvent le fait d'une impulsion, liée à un épisode aigu greffé sur un éthylisme chronique, parfois il apparaît comme un mode de réaction au cours d'un délire hallucinatoire, onirique. En proie à des hallucinations multiples, visuelles surtout, l'incendiaire commet son crime pour échapper à ses nombreux ennemis, soit qu'il veuille les atteindre, soit qu'il se frappe lui-même.

Nous avons déjà signalé les cas où l'incendie est commis par un débile, alcoolique, épileptique, soit qu'une seule de ces causes entre en jeu, soit qu'interviennent plusieurs d'entre elles, et nous avons indiqué

rapidement comment il était possible de rattacher l'acte incendiaire à la débilité, à l'alcoolisme, à l'épilepsie, suivant les caractères distinctifs qu'il présente avec chacun de ces facteurs.

Maintenant, que l'acte incendiaire, lié à l'alcoolisme, a été décrit, il faut préciser ses principales qualités, pour l'opposer à l'impulsion incendiaire épileptique, parce que, au point de vue médico-légal, il peut être très important de distinguer l'acte incendiaire alcoolique, de l'impulsion incendiaire épileptique, et que ce diagnostic est parfois délicat.

L'acte incendiaire apparaît, dans l'alcoolisme, soit comme une impulsion provoquée par un épisode aigu greffé ou non sur un état chronique, soit comme un mode de réaction au cours d'un délire hallucinatoire, onirique. De cet acte, l'alcoolique garde, en règle générale, un souvenir très précis.

Exceptionnellement, il se peut que l'acte criminel, provoqué par l'absinthisme aigu, soit oublié. Le malade de l'observation XXIII, à la suite d'abus d'absinthe, commet un incendie dont il ne conserve aucun souvenir. Il présente une amnésie complète pour tous ses faits et gestes correspondant à un certain laps de temps, pendant lequel se produit son incendie.

Il y a lieu de se demander si l'absinthisme, non content de produire des attaques convulsives, semblables à celles de l'épilepsie, n'est pas encore capable de donner naissance à la même amnésie. Il semble démontré que l'épilepsie acquise, absinthique, est en tous points comparable à l'épilepsie essentielle. Un absinthique, à la suite d'attaques convulsives, peut commettre des actes dont il ne conserve aucun souvenir. Il se pourrait que l'amnésie existât aussi pour certains actes, commis en dehors de tout phénomène convulsif, apparaissant comme de vrais équivalents.

©BIUM



L'impulsion épileptique incendiaire a lieu le plus souvent au moment d'une attaque, soit qu'elle la précède, soit plutôt qu'elle la suive.

Plus rarement, elle existe sans phénomènes convulsifs, et doit alors être considérée comme un fait d'épilepsie larvée, un équivalent psychique. Elle se distingue par sa brusquerie, sa violence, son inutilité, son inconscience, son amnésie.

Dans les cas où l'acte incendiaire coexiste avec des attaques épileptiques, il est facilement rattaché à sa cause. Il en est tout autrement quand l'impulsion incendiaire épileptique apparaît comme un phénomène isolé, sans attaque.

Pour en reconnaître la nature, il faut alors tenir compte des antécédents, des commémoratifs, préciser les caractères de l'impulsion. Si les caractères de l'impulsion épileptique rappellent ceux de l'impulsion alcoolique, ils sont plus intenses. Beaucoup plus marqués sont la brusquerie, l'irrésistibilité, l'inutilité, l'étrangeté, l'automatisme, dans la première que dans la seconde. L'inconscience, l'amnésie, sont les meilleurs signes distinctifs. Hormis les cas exceptionnels, où l'absinthisme aigu, avec ou sans attaques convulsives, peut provoquer une impulsion incendiaire suivie d'amnésie, l'on est en droit de tenir comme une règle que l'amnésie est le fait de l'épilepsie, et jamais celui de l'alcoolisme.

Ainsi, il sera possible, chez un même individu, alcoolique et épileptique, de rattacher l'acte incendiaire à sa cause vraie, suivant les caractères de cet acte.

Un seul cas pourrait se poser, très embarrassant. Ce serait celui d'un malade atteint à la fois d'épilepsie absinthique et d'épilepsie essentielle, la première manifestement liée à des excès de boisson, la seconde survenant en dehors de tout excès de cette nature.

©BIUM



Etant donné que les manifestations de l'épilepsie absinthique et de l'épilepsie essentielle sont identiques, que l'impulsion incendiaire affecte les mêmes caractères dans la première et dans la seconde, le diagnostic ne pourrait être fait qu'avec les commémoratifs, établissant si, avant le crime, des abus d'absinthe auraient ou n'auraient pas été faits, accusant, dans la première alternative, l'absinthisme, et dans la seconde, l'épilepsie essentielle.

OBSERVATION XIX. — *Alcoolisme. — Incendie pendant un épisode d'alcoolisme aigu. — Souvenir imparfait.*

A..., trente-quatre ans.

A... sait lire et écrire. Dès l'âge de quinze ans, il fait de nombreux excès alcooliques. A vingt-cinq ans, il présentait des signes manifestes d'éthylisme chronique.

Etant en état d'ivresse, à vingt-huit ans, il incendie une meule; mais il lui est impossible de préciser le moment, les moyens, les circonstances qui ont précédé et qui ont suivi immédiatement son crime. Il n'avait aucune raison de le commettre.

A..., à l'occasion d'un épisode aigu d'alcoolisme, greffé sur un alcoolisme chronique, a présenté une impulsion incendiaire, à laquelle il a obéi instantanément et dont il n'a gardé qu'un souvenir imparfait.

OBSERVATION XX. — *Alcoolisme. — Incendie par impulsion provoquée par alcoolisme aigu. — Plusieurs incendies. — Souvenir parfait.*

J..., vingt-six ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Tout jeune, il boit de l'eau-de-vie; à dix-huit ans, il présente des signes évidents d'éthylisme chronique. Il a des attaques que l'on qualifie d'épileptiques, mais qui semblent devoir être mises sur le compte de l'alcool, car, durant son séjour à l'asile, il n'a présenté aucune attaque.

A vingt-trois ans, il commet plusieurs incendies dans les

©BIUM



mêmes conditions. C'est au sortir du cabaret qu'il accomplit ses méfaits, sans motif, sans réflexion. Il a l'idée de faire brûler une meule, et il allume la première meule venue. Il se souvient de tout.

A l'asile, J... est calme. Il travaille bien.

Entré le 15 janvier 1902, il sort le 22 décembre 1902.

OBSERVATION XXI. — *Alcoolisme. — Incendie par impulsion provoquée par alcoolisme aigu. — Attentats à la propriété d'autrui. — Souvenir parfait.*

H..., cinquante-trois ans.

A l'école, H... apprend à lire et à écrire. Tout jeune, il s'adonne à la boisson, buvant surtout de l'eau-de-vie. Il présente tous les signes de l'alcoolisme chronique (rêves, cauchemars, pituites). A vingt ans, sous l'influence d'ingestions successives d'alcool, il commet des actes délictueux. Il tire un jour des coups de fusil contre une maison. L'an dernier, il incendie la maison dont il est locataire, sans motif.

Amené à l'asile de Prémontré le 20 septembre 1901, il en sort le 22 mars 1902.

OBSERVATION XXII. — *Alcoolisme. — Incendie par impulsion provoquée par alcoolisme aigu. — Coups et blessures. — Souvenir parfait.*

M... L..., soixante ans, cultivateur.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort d'une attaque d'apoplexie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Jusqu'à l'âge de cinquante ans, ce malade ne présente rien d'anormal; à cette époque, il entre à l'asile de Prémontré, parce que, chez lui, il devenait très agité. Il dormait mal la nuit. Il avait des cauchemars où il voyait des fantômes, des têtes hideuses. Il avait des crampes dans les mollets, des pituites au matin. Bref, il présentait tous les signes de l'intoxication alcoolique chronique. Au bout de cinq mois, il sort de l'asile, guéri.

Dehors, il recommence à boire, et à fumer, car il était aussi un grand fumeur. Il souffre de palpitations de cœur. Son sommeil redevient agité, entrecoupé de cauchemars. Le jour, il se montre violent. Il maltraite sa femme, tellement qu'une fois il la laisse pour morte. Croyant l'avoir tuée, il se jette dans un puits. Dans certains moments de colère, il disait : « Je

©BIUM



mettrai le feu, je mettrai le feu. » Un matin, ayant reçu des visites, ayant pris son café et force petits verres, il va dans sa grange ; l'idée lui vient d'y mettre le feu. Aussitôt pensé, aussitôt fait. Il allume tranquillement sa pipe, et, par la même occasion, sa grange. Puis, il sort en se disant néanmoins : « J'ai tout de même fait un drôle de coup. Je ne toucherai seulement pas l'assurance. »

OBSERVATION XXIII. — *Alcoolisme. — Incendie par impulsion provoquée par alcoolisme aigu. — Deux incendies. — Souvenir parfait du premier. — Amnésie pour le second.*

M... G..., vingt-cinq ans, manouvrier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur d'eau-de-vie et d'absinthe. Il malmenait son fils qu'il traitait de bâtard. Il battait sa femme. Il s'est pendu.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Tout jeune, M... buvait de l'eau-de-vie avec son père. A l'école, il apprenait à lire et à écrire. A dix ans, il travaille comme manouvrier. A quinze ans, il présente des signes évidents d'éthylisme (rêves, crampes, cauchemars). Il était très peureux, craignant surtout les orages. Il se souvient notamment qu'un orage l'ayant surpris au milieu d'un champ, il perdit connaissance. Il portait toujours sur lui un flacon d'éther qu'il respirait au moment où il défaillait.

A seize ans, il incendie la meule de son patron. C'était la fête de son village. Il avait bu encore plus que de coutume. Dans la nuit, il se réveille. L'idée lui vient de mettre le feu à la meule. Il n'a aucune raison de le faire, mais il le fait aussitôt, sans réfléchir. On le condamne à cinq ans de prison. Il est gracié de vingt-six mois, à cause de sa bonne conduite. Sorti de prison, il travaille. A vingt-quatre ans, il commet un nouvel incendie. Il était resté à l'auberge jusqu'à 11 heures du soir, buvant du vin, de l'absinthe, de l'eau-de-vie. Il sort de cette auberge, s'asseoit un instant sur un banc. Depuis lors, il ne peut dire ce qui s'est passé. Tout ce dont il se souvient, c'est que longtemps après, il rentrait chez lui, sans chapeau, couvert de boue. M... n'a gardé aucun souvenir de ce qu'il a fait, depuis le moment où il s'est assis sur le banc jusqu'à celui où il est rentré chez lui. Durant cet intervalle d'amnésie, il a incendié une meule à côté de laquelle on a retrouvé son chapeau. M... n'a jamais été atteint de phénomènes convulsifs.

©BIUM



OBSERVATION XXIV. — *Alcoolisme. — Incendie provoqué par impulsion due à l'alcoolisme. — Epilepsie. — Souvenir parfait.*

G... A..., dix-huit ans, valet.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'école, ce malade apprend à lire et à écrire. A l'âge de douze ans, il commença à avoir des crises d'épilepsie. Depuis il a environ une attaque par mois.

Il se place comme valet de ferme. Vers l'âge de quinze ans, il fait des excès de boisson, prenant cinq à six petits verres d'eau-de-vie par jour.

A dix-sept ans et demi il commet un incendie. Un matin, à 6 heures, ayant bu plus que de coutume dans plusieurs cabarets, passant devant un bâtiment, il a l'idée d'y mettre le feu. C'était la première fois qu'il avait pareille idée. Sans réfléchir à l'acte qu'il allait commettre, il incendia ce bâtiment.

Il se souvient parfaitement de son incendie. Après avoir mis le feu, il se sauve, en criant : « Au secours! »; on l'arrête et il avoue aussitôt.

OBSERVATION XXV. — *Incendie commis au cours d'un délire onirique, d'origine éthylique.*

R... A..., trente-neuf ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Grand-père alcoolique, mère hystérique.

Tout jeune, il commet des excès de boisson ; étant soldat, il fait abus d'absinthe et est très souvent puni pour ivresse.

Sorti du régiment, il se marie. Comme il continue à boire, il a de nombreux malheurs conjugaux dont il se console en buvant encore davantage. Son « petit ordinaire » se compose d'un cinquième de litre d'eau-de-vie, de deux litres de vin, de deux absinthes.

Il présente tous les signes de l'alcoolisme chronique : cauchemars, crampes, pituites, tremblement. A plusieurs reprises, il a présenté un état maniaque accentué. Il a même fait une tentative de suicide.

Sa femme, fatiguée de scènes de jalousie de plus en plus fréquentes, le quitte. R... se met à boire encore davantage. Un soir, il se couche, mais il ne peut rester au lit. « J'entendais, dit-il, des gens marcher, tourner autour de la maison, se pro-

©BIUM



mener dans la cour, et je les entendais tantôt parlant haut, tantôt chuchotant à voix basse et proférant contre moi des injures, d'infâmes accusations. Ils disaient que je préférais à ma femme une gamine qui, d'ordinaire, faisait chez nous les commissions. Je passai une nuit atroce et je me levai le 13 à 4 heures et demie du matin pour me remettre au travail, espérant que pendant le jour j'aurais ma tranquillité, qu'on me laisserait la paix; mais non, cela continua, et les mêmes individus vinrent, en plein jour, tenir à mes oreilles leurs propos injurieux; je ne pouvais les voir, mais je les entendais bien; ils me disaient que mon travail était mal fait, qu'on ne comprenait pas que des gens aient pu avoir confiance en moi. Alors, furieux, je laissais là mon travail et je cherchais à les découvrir, mais ils étaient plus fins que moi et se cachaient.

« Toute la journée, je fus ainsi la victime de ces gens-là : je n'eus pas une minute de repos : ce fut tout le temps qu'ils m'injurièrent, me menacèrent ou se moquèrent de moi. A 8 heures du soir, je me mis au lit, espérant me reposer.

« Mais voici que revinrent ceux qui me poursuivaient de leurs injures et de leurs quolibets : à travers une fissure qui existait dans le mur de ma chambre, j'entendais leurs voix. Je me levai furieux; je cognai au mur, en leur criant : « Mais laissez-moi donc dormir; allez-vous-en. » Rien n'y faisait. Alors, je me levai doucement et je descendis dans la cour, puis j'allai jusque dans la rue, pour les rejoindre, mais je les vis s'esquiver en rasant le mur et en s'écriant : « Attention! s'il en prend un, il l'esquintera. »

« Je remontai dans ma chambre, et bientôt je les entendis hurler de plus belle : « Cet animal-là, disaient-ils, ne nous laissera donc pas en repos. Ce n'est pas assez de le veiller toute la journée; il faut encore le garder la nuit. »

« C'était intolérable! Je me blotissais dans mon lit, et chaque fois que j'étais un moment sans bouger, on frappait au mur pour voir si j'étais encore là.

« J'éteignis ma bougie, et, épuisé de fatigue, je m'assoupis. Je ne sais pas si je restai longtemps dans cet état, mais brusquement je m'éveillai; on tambourinait à ma porte, c'était un bruit infernal et les voix criaient : « Il y a le feu chez les voisins. C'est lui qui l'a mis par vengeance, parce qu'il allait perdre ses pratiques. »

« Je me suis dressé épouvanté, j'ai allumé ma bougie et je l'ai approchée des rideaux; puis, je me suis jeté sur mon lit, à plat

ventre, pour brûler avec le reste. Bientôt mon lit brûlait. Le feu léchait mes jambes, et je ne le sentais pas; mais la fumée était trop épaisse et quand je me suis senti suffoqué, je me suis précipité vers la fenêtre pour casser les carreaux, puis je me suis jeté dans l'escalier. »

Ainsi R... raconte en détail le délire hallucinatoire, onirique, qu'il a présenté, et comment il a incendié sa propre maison, voulant brûler avec elle, pour échapper à ses ennemis. Le souvenir qu'il a conservé de tout ce qu'il a enduré est très précis.

L'incendie apparaît donc comme un mode de réaction, à l'accès de délire hallucinatoire, onirique, provoqué par l'intoxication éthylique.

### INCENDIE DANS LA PYROMANIE

La pyromanie n'est pas une maladie définie. Il n'y a pas de malades présentant un seul et unique trouble mental, l'obsession et l'impulsion incendiaires. La pyromanie est un symptôme de cette forme de dégénérescence qui se traduit par des obsessions et impulsions spéciales, variables, plus ou moins nombreuses, relevant de la lésion profonde de l'émotivité et de la volonté.

Les malades des observations XXVI et XXVII sont des dégénérés héréditaires. Le malade de l'observation XXV est à la fois un dégénéré héréditaire et acquis.

Ces malades présentent l'obsession et l'impulsion incendiaires. L'idée incendiaire naît seule, ou provoquée par une autre idée, de vengeance surtout, par une image visuelle. Cette idée tend à s'emparer de la conscience du sujet d'une façon totale, absolue. Ainsi, s'engage une lutte angoissante entre elle et le sujet. Cette lutte est d'une durée variable. Tantôt l'idée parasite, incendiaire, est vaincue; tantôt, au contraire, elle triomphe, et le malade n'existe plus que pour elle et

©BIUM



par elle. A ce moment précis, ayant étouffé toutes les autres idées qui, par leur synthèse, constituent la conscience, maîtresse absolue, elle est exécutée par le malade passif. A la suite de cet acte, le malade recouvre toute sa conscience, et éprouve un soulagement d'autant plus grand que la lutte a été plus forte.

A côté de ces obsessions et impulsions incendiaires, qui constituent la pyromanie, existent chez nos trois malades d'autres symptômes tels que : émotivités morbides, phobies, impulsions à courir, à gesticuler, obsessions variées.

Deux d'entre eux présentent des signes de dégénérescence physique. Tous trois sont des alcooliques. L'alcool peut jouer un certain rôle dans l'exécution de l'acte. Il peut donner à l'idée obsédante le coup de fouet final.

En résumé, chez nos trois malades, la pyromanie n'a été qu'un symptôme, marquant, il est vrai, d'une forme de dégénérescence, qui s'est traduite encore par d'autres obsessions et d'autres impulsions. Cette dégénérescence a été héréditaire dans deux cas, héréditaire et acquise dans un cas.

OBSERVATION XXVI. — *Pyromanie. — Tentative de suicide. Idées homicides. — Tentative d'évasion.*

M... G..., vingt-sept ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur, violent, jaloux. Mère internée à l'asile de Prémontré depuis six ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde grave à l'âge de huit ans. De tout temps, il a été peureux. Il redoutait surtout les crapauds, les rats. La nuit, son ombre lui causait une véritable frayeur. Il se retournait à chaque instant pour s'assurer si vraiment c'était bien son ombre.

A seize ans, terrassier, il fait de grands excès de boisson, prenant jusqu'à cinq et six absinthes par jour.

A vingt-trois ans, il entre comme infirmier à l'asile de Pré-

montré; il y reste quatorze mois. Comme il est loin de bien faire son service, son chef de quartier lui dit un jour : « Et puis, si ça ne te va pas, tu peux t'en aller, on fera sans toi. » Cette phrase, il l'entend toujours. Il faut qu'il se venge, et pour cela il mettra le feu à une meule. Cette idée incendiaire s'empare de lui et l'empêche de dormir. Au bout de huit jours, n'y tenant plus, il quitte l'asile pour incendier sa meule. Chemin faisant, il boit du rhum. Puis, il part dans la campagne. Il trouve trois meules voisines. Il incendie l'une d'elles, en plein jour; comme il y avait des gens qui travaillaient aux champs, il est aussitôt arrêté. Mais il avait contenté son idée. « Ça allait mieux », dit-il.

Il est interné à Prémontré, où il reste un an.

Sorti de Prémontré, il prend le train pour Paris. Dans le wagon, ayant fait des excès de boisson, il casse tout. A la gare du Nord, il casse tout ce qu'il trouve.

Il retourne à Prémontré. Il a des idées de suicide, mais il ne fait pas de tentative. Il a des idées d'homicide. Comme on l'ennuyait, il voulait tuer un malade et plusieurs infirmiers.

Il y a un mois, il essaya de s'évader. Il voulait aller travailler, et, s'il n'avait pas trouvé de travail, il se serait fait écraser par le train. Dernièrement, il a avalé du verre pilé pour se tuer.

M... est un malade qui a présenté plusieurs obsessions, parmi lesquelles les plus importantes sont l'obsession homicide, suicide et incendiaire. Son obsession incendiaire, née à la faveur d'une légère altercation, a duré huit jours. Pendant huit jours, il a lutté contre elle. Enfin, le huitième jour, il a fallu qu'il la satisfasse, « au risque, dit-il, de monter sur la guillotine ». Après avoir commis son incendie, il raconte que « ça allait mieux, qu'il avait enlevé un poids de sur sa poitrine ».

Ce malade ne présente pas de signes physiques de dégénérescence.

Fils d'un alcoolique et d'une aliénée, alcoolique lui-même, il a été atteint tout jeune d'une fièvre typhoïde grave.

OBSERVATION XXVII. — *Pyromanie. — Alcoolisme. Quatre incendies. — Impulsions à gesticuler, à courir.*

C..., vingt-neuf ans, marchand.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Grand-oncle maternel

©BIUM



« détraqué ». Grand'mère maternelle morte aliénée. Grand'-tante maternelle suicidée.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'école, C... apprend assez facilement. D'une taille et d'une corpulence au-dessus de la moyenne, il est porteur de stigmates de dégénérescence tels que : oreilles mal ourlées, tubercule de Darwin, voûte palatine ogivale.

Tout jeune, C... fait des excès alcooliques. Il présente, à seize ans, des attaques épileptiformes dues, sans doute, à l'intoxication alcoolique considérable. A la suite de ces crises, il se sent poussé à gesticuler, à courir.

A vingt-cinq ans, il commet son premier incendie, qu'il raconte ainsi : « J'étais en voiture. La vue de meules, sur le bord de la route, m'a donné l'envie d'y mettre le feu, et je n'ai pu m'empêcher de le faire. Je suis descendu de voiture, j'ai allumé une meule, puis j'ai continué tranquillement ma route, me sentant soulagé. »

A vingt-six ans, il commet trois incendies. « Quand je suis contrarié, dit-il, quand j'ai une crise, je suis pris, en me relevant, de l'envie d'aller allumer des meules. Quand cette idée me prend, je me mets à courir dans n'importe quelle direction, jusqu'à ce que je rencontre une meule, n'importe laquelle : je l'allume, et je reviens plus tranquille.

« Quand me vient cette idée de mettre le feu, je me rends parfaitement compte que je ne devrais pas le faire, et je cherche à résister; mais c'est toujours plus fort que moi. Une fois, cependant, j'ai résisté. Alors que j'étais parti en courant avec l'idée d'allumer une meule, je me suis arrêté subitement et je me suis couché par terre; l'idée a passé, et je suis rentré tranquillement à la maison. La dernière fois, le 5 janvier dernier, j'allais chez ma sœur, dans la soirée, et je traversais la place, quand subitement l'idée m'a pris d'aller mettre le feu à une meule. En même temps, il me semblait que j'allais tomber. Je me suis appuyé contre un mur, cherchant à résister; mais je me sentais poussé, je suis reparti en courant, et j'ai allumé une meule. Je suis ensuite rentré à la maison, je me suis couché et j'ai dormi tranquillement. »

C... raconte ainsi lui-même son obsession incendiaire et fait assister à l'évolution de son obsession. C'est d'abord l'idée incendiaire, puis la lutte. « Il se rend compte qu'il ne devrait pas le faire. » Il cherche à résister. Une fois, s'étant couché par terre, il a vaincu son obsession. Quand il résiste, « il lui

©BIUM



semble qu'il va tomber, il s'appuie contre un mur ». Ne pouvant lutter plus longtemps, il incendie une meule, et alors il va dormir tranquille. Telle est l'obsession incendiaire classique. C... n'a jamais commis d'autres méfaits. C'est un grand alcoolique, qui a présenté, hors de l'asile, des crises épileptiformes sur la nature desquelles il est difficile de se prononcer. En dehors de son obsession pyromanique, il a encore présenté des impulsions à gesticuler, à courir.

OBSERVATION XXVIII. — *Pyromanie. — Alcoolisme. Trois incendies. — Phobies.*

F... E..., vingt-huit ans, boulanger.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur.

Sur dix enfants, cinq sont morts en bas âge.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Tout jeune, il était très peureux. Il n'osait pas regarder un couteau, un revolver. A l'âge de dix ans, des individus lui font une peur terrible, si bien qu'il n'osait plus sortir la nuit.

A quinze ans, il travaille comme boulanger.

A l'âge de vingt-cinq ans, il eut subitement l'idée de mettre le feu à une maison en chaume. Pendant cinq jours, il lutta contre cette idée obsédante, qu'il savait parfaitement criminelle. Il se répétait : « Non, il ne faut pas que je mette le feu. Je ferais du tort. On me mettrait en prison. » Cette lutte entre cette idée parasite et sa conscience le fatiguait, le « contrariait ». Enfin, le sixième jour, vaincu, il incendie la maison de chaume, dont le propriétaire était de ses amis, poussé vers cette maison, et se servant d'allumettes qu'il avait sur lui depuis six jours. Après avoir incendié, il est satisfait, soulagé. Arrêté, il est poussé à avouer son crime. Il reste trois mois à Prémontré.

A vingt-six ans, il incendie la grange de son patron. Il lutte contre son idée obsédante incendiaire, six jours. Enfin, un soir, il la met à exécution, et il est ainsi soulagé. Il va se coucher content, et son sommeil est meilleur que celui des jours précédents. Son patron ne porte pas plainte contre lui.

A vingt-sept ans, il fait des excès alcooliques. Il présente des signes évidents d'éthylisme chronique. Un jour l'idée lui vient d'incendier une maison en chaume appartenant à un de ses amis. Pendant onze jours, il lutte contre cette idée obsé-

©BIUM



dante. Après avoir passé une mauvaise nuit, tourmenté par son idée, il se lève et court à la maison qu'il incendie. Ayant apaisé son idée, il est soulagé.

F... est un dégénéré physique (oreille à lobule adhérent, voûte palatine ogivale, petite taille), qui a présenté trois obsessions incendiaires de longue durée. Ce n'est qu'au bout de huit jours, en moyenne, que de l'idée il est passé à l'acte.

(*A suivre.*)

©BIUM

# Médecine légale

## CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES DEGRÉS DE LA RESPONSABILITÉ

**Par le Dr Lucien LAGRIFFE**

Ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin des asiles.

Une récente circulaire du Garde des Sceaux consacre, d'une manière en quelque sorte officielle, l'entrée dans le domaine du droit pénal de l'atténuation de la responsabilité. C'est là une consécration qui est peut-être regrettable, parce que si la formule qui en fait l'objet a quelque valeur pratique, dans ce sens qu'elle est le voile discret derrière lequel l'expert aime à dissimuler son hésitation et son incertitude, si cette formule lui permet en cette occurrence de libérer en partie sa conscience, elle nous paraît néanmoins très mauvaise au point de vue théorique, c'est-à-dire au point de vue de la science pure; cela, parce qu'elle repose sur une erreur ou du moins sur une méconnaissance d'une des acquisitions les plus précieuses de la psychiatrie. Cette acquisition, d'ailleurs de date ancienne, nous permet en effet de dire qu'il n'y a pas en matière de médecine mentale de maladies partielles du cerveau, et que les fonctions psychologiques de l'encéphale ne peuvent être

©BIUM



envisagées séparément que pour les commodités de l'étude.

Nous voyons de plus dans cette consécration la reconnaissance d'un de ces empiétements les plus fâcheux de l'expert, en ce sens qu'elle l'élève presque au rang du juge, et qu'elle tend par suite à lui donner un caractère que, de par la définition admise jusqu'ici, il ne devait pas avoir. Un examen touchant l'existence d'une atténuation possible de la responsabilité, de circonstances atténuantes pour tout dire, est uniquement du rôle du juge parce que cet examen comporte une interprétation des faits, qu'il exige une sorte de confrontation entre l'état mental de l'inculpé et le délit ou le crime qu'il a pu commettre. Or, il est des cas où l'expert ne peut faire cette confrontation, parce qu'un des éléments lui manque ou doit rester pour lui hypothétique; cet élément, c'est l'infraction commise qui peut n'être pas évidente, comme il arrive dans le cas où l'individu n'a été inculpé que sur de simples présomptions, qu'il plaide non coupable et où par conséquent l'expert doit uniquement se préoccuper de savoir si oui ou non il y a maladie mentale. Dans le cas d'infraction non prouvée et non avouée, demander à l'expert s'il y a atténuation de la responsabilité équivaut à lui demander s'il y a demi-maladie ou maladie partielle. L'existence d'une demi-maladie est inconcevable, celle d'une maladie partielle serait peut-être un peu plus soutenable; mais jusqu'ici elle manque de toute base anatomique, elle a dans tous les cas disparu de la pathologie générale en même temps que certaines conceptions d'Esquirol, elle n'est presque pas soutenable depuis ce que nous savons des systèmes d'association. Mais lors même y aurait-il des maladies partielles, ce serait ce nous semble un coup de dés très hasardeux que d'en produire l'affirmation pour un cas particulier; d'autant

©BIUM



que la mensuration du degré d'atténuation différera suivant les vues particulières à l'expert : il y aura des experts dont la mesure sera très large, d'autres experts dont la mesure sera très étroite. Puis, quelle en sera la déterminante pratique? Celle d'une condamnation à des peines minimes? Quel profit pourra bien alors en retirer la société? Une fois placé dans sa prison, le condamné à responsabilité atténuée restera quand même un condamné au même titre que les autres. Le mettra-t-on dans un asile? Ce ne pourra pas être pour un temps déterminé, parce que le médecin aliéniste n'est pas chargé d'exécuter des sentences à effet temporaire; il recevra et admettra un responsable atténué qui restera apparemment tel toute sa vie, et qui par conséquent devra rester toujours colloqué ; et alors quelle différence y aura-t-il entre un responsable atténué et un irresponsable?

Cependant, sans chercher de nouveau à savoir quelle sanction la société pourrait légitimement appliquer à ceux dont la capacité d'imputation n'est pas entière, quelles précautions plutôt elle pourrait en toute justice prendre contre eux, nous reconnaissons qu'il y a effectivement des cas dans lesquels l'individu, sans manquer absolument de tout ce qui pourrait faire de lui un responsable, présente des lacunes qui peuvent atténuer dans une très large mesure sa responsabilité. Mais nous nous séparons de beaucoup en disant qu'un tel individu n'est pas au point de vue médical un anormal, mais bien plutôt l'arriéré pédagogique de Bourneville, de Philippe et Boncour.

Le médecin légiste est en effet souvent appelé à se prononcer sur la capacité d'imputation ou sur la capacité civile d'individus qui sans présenter soit des phénomènes délirants, soit des anomalies mentales, qui sans même pouvoir être classés dans la catégorie de

©BIUM



ceux qui sont situés sur les frontières de la folie, ont accompli des actes dont la nature, le caractère et les circonstances cadrent mal ou ne cadrent pas du tout avec les notions généralement admises de droit et de devoir.

Ces actes ne sont illégaux ou anormaux que vus dans un certain sens ou examinés sous un certain angle, et à propos d'eux il est toujours possible d'imaginer et d'admettre l'existence d'une société, peut-être rudimentaire, régie par des coutumes ou des règlements autres que les nôtres et permettant à de tels actes de passer comme légitimes et légaux.

Lorsque, par exemple, à la suite d'un assassinat, un des proches de la victime prend sa cause en main et, pour venger le meurtre de son parent, tue l'assassin. Lorsque, à la suite d'un préjudice qui lui a été causé, un individu a obtenu une réparation judiciaire, mais que, comme il advient que les frais de justice ont absorbé et au delà les dommages-intérêts accordés par l'arbitre, cet individu lésé refuse de payer et s'oppose de tous ses moyens à la saisie qui doit garantir la dette implicitement contractée ; circonstance éminemment injuste mais légale.

L'acte du dit individu qui venge par un meurtre l'assassinat de son parent, l'acte de celui qui résiste au paiement des dépenses que la justice l'oblige à engager pour reconnaître son droit, sont des actes illégaux. Et cependant, dans le premier cas, l'assassin avait toutes les chances d'être condamné à mort par la juridiction compétente ; dans le deuxième cas, la loi reconnaît à l'individu lésé le droit à une réparation intégrale du dommage, que cependant elle-même va augmenter encore. Dans le premier cas, il y a une différence de forme; dans le deuxième cas, il y a interprétation vicieuse d'un terme de la loi qui au point de vue absolu

est inexact. Tout ceci n'est arrivé que parce que, entre le délit ou le crime et les individus qui s'en sont rendus coupables ou qui en ont été les victimes, il y a ce qu'on appelle la loi, loi qui a été méconnue dans le premier cas, mal comprise dans le deuxième ; ce qui fait que des réactions de légitime défense qui, en droit strict, sont presque inattaquables, constituent cependant un empiétement sur le troisième élément surajouté et violé : la juridiction.

Or, ce troisième élément est un élément factice, artificiel, contingent, essentiellement variable d'un jour à l'autre, d'un pays à un autre pays. Il suffirait pour s'en rendre compte de passer en revue toutes les réglementations qui ont précédé notre législation ou celles qui s'en rapprochent.

Sans chercher à savoir si en remontant aux sources du droit on est autorisé à envisager une époque où l'individu vivait isolé, et si l'on est autorisé à admettre un droit antérieur à la constitution de la famille, nous voyons, en prenant comme point de départ la solidarité familiale, le droit grec présenter deux périodes :

Dans la première, même dans la cité déjà florissante, la famille conserve sa souveraineté primitive en matière de justice ; cette justice a pour fondement la solidarité familiale, qui est active pour la famille lésée ayant des droits à faire valoir, passive pour la famille tenue de réparer l'acte commis par l'un des siens. C'est la vendetta de Corse et de Sardaigne. Mais bientôt, au cours déjà de cette première période, un premier progrès va s'accomplir dans ce sens que la solidarité passive disparaît : la famille cesse de se solidariser avec le membre criminel et pour dégager sa responsabilité, elle expulse le coupable, estimant que nul ne doit payer pour la faute d'autrui.

Au cours d'une deuxième période, la juridiction

©BIUM



sociale grandit au détriment de la juridiction familiale, soit par nécessité d'une division du travail, soit par nécessité de peines égales. Le droit de vengeance de la période primitive est restreint ou légalisé, pour se changer peu à peu en droit de poursuite (devant les tribunaux); mais ce droit de poursuite, limité à tout membre de la famille lésée par la législation de Dracon, n'est reconnu que sous Solon à tout citoyen. Encore est-il que bien des crimes restèrent passibles seulement d'actions privées, et que la Grèce ne connut jamais de ministère public, même pour l'homicide.

Nous voyons donc que les Grecs dont la civilisation et l'éthique furent si raisonnables, mirent un long temps avant que de reconnaître aux crimes et aux délits le caractère de lésion sociale ; qu'encore ils ne le firent pas pour tous et à cela près qu'ils n'eurent pas de ministère public. Et cela nous montre avec évidence l'essentielle mutabilité du droit. M. Gustave Glotz, auquel nous avons emprunté les éléments de l'exemple que nous avons choisi dans la Grèce, a fait ainsi toucher du doigt ce point important que si le droit grec a pu se modifier avec une telle aisance et avec une si grande rapidité, c'est parce qu'il ne s'embarrassa pas de scrupules religieux et resta essentiellement laïque. Et c'est là ce pourquoi justement la Grèce n'eut pas de ministère public, dont le représentant n'est jamais que le grand prêtre d'une religion de principes dont l'immuabilité assure la continuité de l'action et de la charge, et qui constitue la négation même d'un progrès juridique quelconque : « L'influence prédominante de la religion eût produit un droit formaliste ; l'influence de l'opinion publique empêcha tout asservissement de l'esprit à la lettre (1). »

(1) Gustave Glotz. L'étude du droit grec. *Revue de Paris*, 1er octobre 1905, n° 19 (p. 559).

C'est là justement le défaut des juridictions basées sur le droit romain. Toute action juridique met en effet deux facteurs en présence : l'individu et la loi. Or, devant l'appareil formidable de cette dernière, vaste compilation d'éléments empruntés à tous les dogmes surannés dont l'origine est trop ancienne ou trop obscure, dont l'architecture compliquée, contournée, composite, est l'œuvre pour laquelle toutes les générations depuis le formaliste du droit canon médiéval, jusqu'au parlementaire janséniste du XVIII^e^ siècle, jusqu'au théophilanthrope de la Révolution et du Consulat, jusqu'au doctrinaire du XIX^e^ siècle, ont apporté leur pierre ; devant cette mosaïque peu cohérente, l'individu qui est un être quelconque est isolé. Le magistrat et son auxiliaire possible, le médecin légiste, vont comparer cet individu, que nous avons dit être quelconque, qui peut être un homme de génie, mais aussi bien une âme naïve et simple, à l'édifice compliqué que nous avons dit, et qu'il pourra ne pas voir s'il est trop loin ou trop près de lui.

Avec cette chose que peut-être il ne comprend pas, il va être comparé en dehors de toute autre considération : et cela a le très gros inconvénient de créer un quelque chose de très artificiel, dont le caractère pour ainsi dire absolu cadre mal avec les principes universellement reconnus de causalité et de contradiction.

Et alors pourquoi ne se préoccuperait-on pas de savoir si cet individu comprend la loi, et si jamais il sera apte à la comprendre? La médecine légale, depuis fort longtemps, a distingué pour la mesure de la capacité d'imputation, la *libertas judicii* et la *libertas consilii* : la *libertas judicii*, c'est-à-dire la faculté de distinguer ce qui est utile et ce qui est nuisible, ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est licite et ce qui ne l'est pas ; la *libertas consilii*, c'est-à-dire la faculté de se déterminer d'après les éléments fournis par la *libertas judicii*, en un

©BIUM



mot la faculté de pouvoir qui n'est que la liberté de la volonté.

Or, généralement, on n'examine pas la *libertas judicii* sans examiner aussi la *libertas consilii*, on ne sépare guère l'une de l'autre. On ne recherche qu'un état mental, alors qu'on devrait aussi très souvent rechercher un état intellectuel ; et cela, à cause de cette formule lamentable et risible : Nul n'est censé ignorer la loi. Là est le point capital, parce qu'en réalité il ne s'agit pas de la loi, entité parfaite que tous nous sommes éloignés et peut-être très éloignés de connaître, mais d'une loi particulière considérée jusqu'ici presque absolument comme le compendium des principes immuables ; pourquoi vouloir admettre à toute force qu'un paysan arriéré, illettré du xx$^{e}$ siècle, connaisse, c'est-à-dire comprenne un ensemble de prescriptions que les Grecs lettrés de la belle époque n'avaient même pas eu l'idée d'établir, qu'ils eussent même considéré peut-être comme inutiles, contradictoires, vexatoires?

Telle loi qui a varié de siècle en siècle, qui bien souvent n'est qu'une cote mal taillée de plusieurs législations coutumières, n'est-elle pas quelque chose de purement artificiel? Les causes dont elle est l'effet ne sont-elles pas trop anciennes ou trop ardues pour être connues et comprises d'une manière égale par les habitants si divers d'une même nation? Comment appliquer ce quelque chose d'artificiel et de sujet au progrès à des individus qui souvent seront très près de l'état de nature?

Ce caractère artificiel ressort de la distinction si souvent faite entre le droit naturel, comme celui que nous avons vu exister dans la première période du droit grec, et le droit légal.

Ce droit naturel, nous en avons provisoirement arrêté l'origine dans le droit familial de la Grèce, et dans ce

©BIUM



peuple nous l'avons vu, par des adjonctions, des restrictions et des modifications successives, s'élever jusqu'à une forme juridique très élevée et très perfectionnée. Cela n'a pu être que par adaptation, par progrès, et cela nous est un sûr garant que chaque complexus de droit s'adapte, se conforme à la compréhension, à l'intellectualité des individus et des peuples qui l'appliquent. Chacun de ces complexus suit les diverses étapes du progrès et ne le précède pas. Mais ce progrès est celui de la moyenne des esprits humains. Et alors la loi n'est adaptée ni à ceux dont le progrès moral a été considérable et qui souffrent de certains restes surannés qui leur paraîtront trop barbares : restes de vengeance privée, vestiges du rachat ; la loi n'est pas adaptée non plus à ceux dont le progrès a été moindre, elle n'est en réalité applicable qu'à ceux qui représentent la moyenne et la médiocrité.

A côté donc de ceux qui forment cette moyenne, cette médiocrité, il y a des individus qui ne sont pas des aliénés, mais qui cependant sont excusables : parce qu'ils ne peuvent pas comprendre une loi qui n'est pas faite pour eux ; parce qu'il n'est pas possible qu'on puisse exiger d'eux qu'ils soient arrivés à comprendre ce que l'esprit humain a mis des siècles à établir et à regarder à tort ou à raison comme juste et comme légal ; parce qu'on leur demande en quelques années d'évoluer du droit naturel au droit légal, malgré que leur cerveau n'ait pas été assoupli ni préparé à une telle évolution.

N'est-il pas alors intéressant et même utile de nous demander, lorsque nous nous trouvons en présence d'un délit, à quel stade juridique peut bien correspondre la mentalité ou l'intellectualité de l'individu en cause ? Lorsque nous disons par exemple de certains individus qu'ils sont inadaptables, notre expression est ou trop absolue ou incomplète. Nous devons spécifier en effet

©BIUM



à quel ensemble de lois l'individu en question ne peut s'adapter, car un individu n'est pas en marge de la Société, mais en marge d'une société, et il ne nous est pas possible de nier, dans le cas où il serait inapte à comprendre et à observer telle loi, qu'il ne soit cependant pas apte à comprendre et à observer une autre loi.

A côté des individus qui sont irresponsables parce qu'ils sont malades, il y a donc des individus qui sont irresponsables ou peu responsables parce qu'ils n'ont pas évolué, parce qu'ils n'ont que peu progressé, parce qu'ils sont des retardataires, des arriérés (?) intellectuels. C'est à ceux-ci, et à ceux-ci seulement, que nous paraissent devoir s'appliquer les notions de responsabilité limitée.

En faisant abstraction de toute notion causale, on pourrait diviser comme suit les individus à l'endroit de qui doit se poser la question de responsabilité :

*a*) Ceux qui ne sont aptes à concevoir aucune loi naturelle, ni civile ;

*b*) Ceux qui ne sont aptes à concevoir que les lois naturelles ;

*c*) Ceux qui sont aptes à concevoir tout ou partie de la loi civile. Cette dernière catégorie pouvant comprendre un certain nombre de subdivisions basées sur la distinction des diverses formes ou des divers principes directeurs des diverses lois civiles (nous avons vu, par exemple, la loi civile grecque se distinguer très nettement de la loi civile française de par son principe directeur qui demeura essentiellement laïque).

Certainement doivent se rencontrer dans les catégories *b* et *c* beaucoup de processifs et de revendicateurs, individus dont les conceptions simples et naïves n'ont qu'un rapport très éloigné avec l'aliénation mentale.

Beaucoup d'anarchistes, ou pour employer une expres-

©BIUM



sion plus large, beaucoup de révolutionnaires, doivent rentrer dans la catégorie *b*.

Et en somme ne sont intellectuellement normaux que les individus de la catégorie *c* qui sont aptes à combiner, dans les proportions voulues, les exigences de la loi naturelle et celles de la loi civile propre au pays dans lequel ils vivent.

On pourrait imaginer une dernière catégorie contenant des individus en quelque sorte hypernormaux, des surhommes, aptes à concevoir une loi au caractère absolument moral, dégagée de toute composition et n'ayant ni le caractère artificiel de la morale juridique ni le caractère individualiste et égoïste de la loi naturelle.

Et somme toute, puisque pour l'enfant et le mineur certaines législations se préoccupent de savoir si l'accusé possédait ou ne possédait pas, en accomplissant un acte punissable, les notions nécessaires pour en apprécier le caractère délictueux (par exemple en Allemagne St. G-B paragraphe 56), pourquoi la question ne pourrait-elle pas se poser aussi pour l'individu reconnu non aliéné? Et même parmi les individus que nous classons sous la rubrique de débilité mentale, parce que nous voyons que vraiment il leur manque quelque chose, n'y en a-t-il pas beaucoup qui sont plutôt des enfants et des mineurs que des malades?

La capacité pénale augmente à mesure que l'individu approche de sa majorité, mais déjà le point limite de cette majorité a été apprécié et est fixé d'une manière purement arbitraire comme si le développement corporel était un corrélatif certain du développement intellectuel ; un individu instruit de dix-sept ou de dix-huit ans n'est-il pas plus majeur, c'est-à-dire plus apte à se diriger dans les méandres de la vie, qu'un individu de vingt-cinq ou trente ans peu ou mal instruit? Et cependant à ces deux quantités qui représentent des qualités

©BIUM



non comparables vous allez appliquer une même mesure sous le prétexte fallacieux que nul n'est censé ignorer la loi. Alors que cette loi devrait être plus indulgente vis-à-vis de ceux qui ne comprennent pas, quand bien même cela ne serait que parce qu'ils n'ont pas été préparés à comprendre et que pour une raison ou pour une autre leur développement intellectuel n'a pas atteint une maturité suffisante, il semble que les tribunaux français aient plutôt une tendance à ne pas tenir compte de ces différences ; que même ils soient plutôt portés à montrer plus d'indulgence à l'égard de ceux que leur instruction et leur éducation fait ranger dans les catégories sociales supérieures : n'est-il pas typique qu'en 1905 un jury de province ait acquitté purement et simplement un étudiant qui, étant en état d'ivresse, avait tué, sans provocation aucune, un garçon de café ?

Mais même il est beaucoup d'individus moyennement instruits qui n'arrivent pas à se reconnaître dans le dédale des actes de la procédure que les malintentionnés ont comparé à un maquis et qui alors acceptent les décisions judiciaires et s'inclinent devant elles sans cependant les comprendre, à moins qu'ils ne s'insurgent contre elles et ne fournissent des types à la catégorie des revendicateurs et des dépossédés.

C'est assurément la rencontre fréquente d'individus ainsi situés au-dessous de la moyenne, et dont l'intellectualité est telle qu'elle correspond à un stade juridique autre que celui auquel sont arrivés ses contemporains, qui a pu donner au professeur C. Lombroso la pensée que la criminalité, prise dans son sens le plus général, était un fait d'atavisme ; au lieu de voir là, dans certains cas du moins, un retour vers des idées ancestrales, il semble qu'on y devrait voir plutôt un état stationnaire. Le phénomène au lieu d'être actif serait passif.

©BIUM



Il semble que le professeur Lombroso ait mêlé pour les comparer des éléments qui n'étaient point comparables : tout à la fois des malades et des individus inaptes encore à comprendre parce que non préparés.

Au point de vue pénal, il semble pourtant qu'à l'endroit de ces irresponsables et de ces demi-responsables non malades, il y ait une évolution ; certains jugements semblent commencer à tenir compte des circonstances du fait ou de l'individu ; il ne s'agit là évidemment que de manifestations très isolées, quoique parfois retentissantes, qui sont souvent desavouées par les cours d'appel, mais qui indiquent un état d'esprit, un courant, symptomatiques d'un revirement prochain.

Dans tous les cas, de tels individus, chez qui la capacité d'imputation est ainsi diminuée, n'étant pas des malades mais bien plutôt des arriérés, ne sauraient en aucune manière être des sujets d'asile, et c'est dans ce sens qu'ils ne relèvent que de très loin de la médecine légale et pas du tout de la psychiatrie. Si des mesures doivent et peuvent être prises contre eux, ces mesures ne peuvent en aucun cas être des mesures médicales ; si l'on veut et si l'on doit leur appliquer des règles thérapeutiques, ces règles ne peuvent être que celles qui sont de mise pour modifier l'intelligence de l'enfant ou pour en accélérer le développement. Ils sont une preuve vivante de la justesse des remarques depuis longtemps faites par Bourneville, par J. Boyer, que l'éducation et l'instruction ne devraient jamais être instituées en bloc; que notre vieux système pédagogique qui veut que des individus, parce qu'ils ont le même âge, fassent et étudient la même chose, au risque pour certains de ne pas comprendre, est foncièrement mauvais ; que les enfants et les jeunes gens devraient être instruits par groupes, composés d'individus ayant les mêmes aptitudes, aptitudes que l'on s'efforcerait d'ailleurs de développer ; cela

©BIUM



ne ferait pas évidemment que tous puissent comprendre la loi, mais cela ferait peut être qu'ils seraient moins inaptes ; et cela finirait certainement par faire pénétrer partout cette notion juste : que les sanctions de la justice gagneront beaucoup à être surtout des tentatives de redressement, proportionnées moins à la nature du crime ou du délit commis qu'à l'intellectualité de celui qui s'en est rendu coupable.

©BIUM

# Revue critique.

## LA PSYCHIATRIE MODERNE

### ET L'ŒUVRE DU PROFESSEUR KRAEPELIN

**Par le Dr SOUTZO fils (de Bucarest)**

Si l'avancement de la science psychiatrique se constate au jour le jour par les innombrables travaux et articles de revues, dus à la plume des plus compétents aliénistes, il n'en est pas moins vrai que dans sa quintessence ce progrès semble se refléter d'une façon toute spéciale dans l'œuvre du professeur Kraepelin, parue dernièrement (1).

D'aucuns des auteurs veulent même voir, dans cette œuvre du maître allemand, l'apogée presque du développement que les connaissances psychiatriques de nos jours sont en état d'atteindre à l'aide des moyens de recherches que nous possédons.

Cette manière de juger nous semble, quant à nous, amplement justifiée jusqu'à un certain point. A part quelques problèmes encore douteux ainsi que, particulièrement, l'absence de nombreux détails, détails qui naturellement ne peuvent pas figurer dans un travail classique, on y rencontre, en traits généraux, des descriptions et analyses des plus exactes et précises, tou-

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, 7e édit., 2 vol., 1904. Edit. A. Barth. Leipzig. Nous nous sommes efforcé, dans cette revue critique, de traduire et de reproduire, de la manière la plus exacte et claire, les expressions, termes et définitions contenus dans l'œuvre du clinicien allemand, sans prétendre, cependant, avoir accompli notre tâche de la façon la plus irréprochable.

©BIUM



chant la totalité des manifestations et phénomènes si variables, multiples et complexes en même temps, que la clinique nous offre aujourd'hui et qui jusque hier restaient encore dans une complète obscurité.

C'est de la dernière édition de l'œuvre du clinicien allemand, œuvre qui fit son apparition dans ces derniers temps seulement, que nous voulons parler particulièrement dans ces quelques pages. Six autres l'ont déjà précédé.

Les lecteurs de ces *Annales* qui connaissent suffisamment la critique fort intéressante faite par le Dr Ilberg, un des plus compétents aliénistes d'outre-Rhin, sur la quatrième édition du traité de psychiatrie du maître de Munich (1), pourront, cette fois, saisir facilement et se rendre compte du profond revirement qui s'est effectué dans cette nouvelle édition (2). Une multitude de faits qui alors apparaissaient, présentant un premier intérêt, se montrent aujourd'hui sensiblement modifiés et, en même temps, d'autres, qui auparavant ne figuraient aucunement, viennent, pour la première fois, se mettre ici au clair. L'expérience croissante et l'observation clinique continuelle devaient, incontestablement, montrer à la longue la part de justesse qui revient aux faits relatés antérieurement. De plus, même à présent, de nombreuses descriptions, marquées au coin d'un certain doute et d'obscurité, subiront ultérieurement avec grande certitude des modifications, tandis que d'autre part les découvertes de nouveaux faits cliniques viendront aider dans l'avenir, pour une large part, à la création des entités nouvelles qui nous restent pour le moment totalement ignorées.

Partisan fervent du *positivisme* dans la science, le maître allemand ne néglige pas, pour la confection de son œuvre, de recourir à des domaines et sciences con-

---

(1) Ilberg. Le Manuel de psychiatrie du prof. E. Kraepelin. Revue critique (*Annales médico-psychologiques*, 1895, septembre-octobre, p. 275).

(2) Voir de même : Sérieux. La nouvelle classification des maladies mentales du professeur Kraepelin. Etude sommaire faite sur la 6e édition du traité de psychiatrie du clinicien allemand. *Revue de psychiatrie*, 1890, p. 103.

©BIUM



tingentes à l'aliénation mentale, en état, par leur empreinte de matérialité, d'apporter quelques lumières à la discipline psychiatrique (1). Aussi sous ce rapport, nous voyons, gagnant une importance particulière dans l'œuvre de l'aliéniste, l'anatomie pathologique et la psychologie surtout expérimentale. Cette dernière branche, telle qu'elle fut créée par Wundt, commence à trouver avec Kraepelin et ses élèves une large application dans l'étude de la mentalité malade ; mais malheureusement les résultats dans cette direction, bien qu'assez positifs à l'heure qu'il est, sont cependant encore peu nombreux et concluants, de nombreux obstacles venant heurter souvent ce genre de recherches si délicates. Cependant une série d'expériences minutieuses et suivies ont pu conduire le clinicien allemand à formuler quelques conclusions des plus positives et intéressantes sur l'action qu'exercent la fatigue, la faim, les différents toxiques, en première ligne l'alcool, la morphine, etc., sur la mentalité normale. Plus loin des recherches sur cette mentalité ainsi dissociée et troublée, lui ont permis une analyse fine et presque élémentaire des différentes opérations intellectuelles et, par cela, rétrospectivement, un contrôle des connaissances générales de psychologie que nous possédons sur l'état mental normal.

Dans un même ordre d'idées, citons les recherches non moins intéressantes, entreprises avec des appareils très précis, sur la mensuration du temps de réaction dans différentes aliénations ; la vitesse des idées dans la manie, leur ralentissement dans la dépression et dans des états mélancoliques ; de plus, l'évaluation des troubles de la mémoire proprement dite, de la mémoire de fixation et de reproduction chez les séniles, korsakoffiens, déments, etc., etc. Mais toutes ces variétés de recherches exigent encore de futures expériences, la psychologie expérimentale appliquée aux états morbides se trouvant pour le moment plutôt en voie d'évolution.

---

(1) Voir à ce sujet le travail de *Psychologie expérimentale* rédigé par Kraepelin et ses élèves ; quatre volumes de parus pour le moment. 1896. Edit. Engelman. Leipzig.

©BIUM



D'autre part, l'anatomie pathologique trouve dans le travail de l'auteur un sensible développement. Des anatomo-pathologistes comme Nissl, Alzheimer, Weygert, etc., etc., sont arrivés, à l'aide de méthodes extrêmement fines, à découvrir dans le domaine du système nerveux, surtout dans l'écorce, des processus histologiques fins d'une extraordinaire importance, confirmés en grande partie par de nombreux faits cliniques et des données d'expérience (1). Cependant malgré ces acquisitions anatomiques, on est loin encore de posséder des faits positifs, inébranlables et d'une valeur sans conteste. Cela tient, autant aux connaissances bien lacunaires qu'on a sur la structure si protéiforme de l'écorce normale et sur ses altérations à l'état morbide, qu'à l'impossibilité de pouvoir arriver à connaître d'une façon précise les éléments du tissu nerveux, siège et conducteurs des phénomènes psychiques supérieurs. Et là même où il existe des découvertes anatomiques positives, on n'est pas encore à même d'établir à l'appui de celles-ci, ce qu'il y a d'essentiel et de caractéristique qui, seul, pourrait nous renseigner sur la nature et la marche du processus morbide, bien sûrement jusqu'à un certain point.

Mais quel que soit l'état actuel de l'anatomie pathologique de la folie, un fait semble certain : c'est que, par la totalité des connaissances que cette branche nous procure, le champ des psychoses prétendues fonctionnelles commence à se rétrécir de jour en jour, à mesure que des surprises de microscopie viennent dévoiler chez elles des lésions matérielles saisissables. Ceci dit, en passant, tâchons de saisir et d'embrasser dans une vue d'ensemble les côtés les plus saillants, mais surtout les plus originaux, compris dans l'œuvre du maître de Munich, en faisant ressortir, à la lumière des opinions les plus admises et les plus conformes aux faits cliniques, la part de justesse qui revient à celles qui présentent un plus gros intérêt au point de vue scientifique. Et, à cet égard, nous analyserons plus en détail les chapitres

(1) Nissl (en collaboration avec Alzheimer). *Etudes histologiques et histo-pathologiques sur l'écorce rapportés surtout aux psychoses.* Iena, Fischer édit. 1905 (1er volume).

©BIUM



généraux concernant l'étiologie et la symptomatologie de la folie.

*
* *

La folie, comme toute maladie, est due à des causes multiples et variables. Mais, la connaissance et le rôle de celles-là dans la genèse des troubles psychiques, restent, dans de nombreux cas, totalement ignorés. En général, la doctrine relative à la genèse de la folie ne reconnaît et ne doit reconnaître qu'exceptionnellement seulement un rapport direct entre des causes morbifiques positives et des formes morbides déterminées. D'une façon toute spéciale, la caractéristique individuelle, constitutionnelle, y joue un grand rôle ; c'est par suite de l'existence de celle-ci que s'explique l'apparition des variables manifestations morbides, alors que des causes identiques ont exercé leur action nocive. Et sous ce rapport on pourrait appliquer la phrase bien juste, à savoir : que des causes extérieures et intérieures se trouvent dans un certain rapport de réciprocité, se complètent, en même temps, entre elles. Plus un individu est prédisposé à la folie, plus une cause futile suffit pour faire éclore chez lui des troubles psychiques ; le contraire est tout aussi vrai.

Dans la majorité des cas, ce sont les causes *grossières* que nous saisissons, dit Kraepelin ; tandis que les vraies nous échappent le plus souvent. Mais si on veut connaître ces dernières, il est nécessaire de posséder une conception assez exacte sur les formes cliniques, et être à même de connaître au lit du malade ce qu'il y a de semblable et de dissemblable en essence ; sans cela nos vues sur l'étiologie de l'aliénation mentale restent confuses et incertaines.

Avec ces quelques réflexions d'une justesse incontestable, l'auteur de l'œuvre entreprend l'étude, en particulier, des causes exogènes et endogènes de la folie, étude appuyée spécialement sur une observation personnelle suivie.

Il nous semblerait trop vouloir de passer en revue la longue série de causes que l'auteur relate dans son manuel. Nous aurons à parler seulement des questions qui se remarquent par quelques côtés originaux.

©BIUM



Les *affections cérébrales* s'accompagnent fréquemment, selon Kraepelin, de troubles psychiques, spécialement alors que la lésion a son siège dans l'écorce. Le mécanisme de genèse serait le suivant : par suite de l'augmentation de la pression intra-cérébrale naissent des troubles d'irrigation cérébrale, surtout de la corticalité, et consécutivement, des changements dans la nutrition des éléments nerveux avec des manifestations ultimes d'auto-intoxication. A cet égard, il est intéressant de rappeler l'article du *Traité de pathologie mentale* (G. Ballet), rédigé par M. Dupré, article d'une très grande valeur, selon nous, qui traite amplement la question des troubles psychiques dans les différentes affections organiques.

Mais dans ces mêmes maladies, des troubles psychiques peuvent manquer parfois et cette absence peut tenir, ou bien à ce que la lésion est trop limitée, ou bien à un développement trop lent du processus organique ; mais il se peut encore que l'absence des troubles psychiques ne soit qu'apparente : dans ce cas, ceux-là étant trop légers, n'arrivent pas à être découverts à l'aide de nos moyens actuels de recherches, moyens peut-être trop grossiers.

Dans un rapport étroit avec cette question, se trouve le problème concernant *la localisation des processus psychiques dans la corticalité*, et que Kraepelin touche en passant. Le clinicien allemand, contestant, — jusqu'à un certain point, — les manières de voir de Flechsig, Wernicke et autres, pencherait plus ou moins, appuyé sur des recherches récentes, surtout de Nissl, vers la possibilité d'une localisation des phénomènes intellectuels dans des territoires corticaux limités, circonscrits. Et en cette faveur, il y aurait, suivant lui, plusieurs preuves et arguments, surtout d'ordre anatomique et anatomo-pathologique, parmi lesquels deux seraient en quelque sorte péremptoires : 1° *la différence de structure* des cellules nerveuses, siège des phénomènes psychiques, à laquelle doit correspondre, suivant la loi générale, une différence de fonction ; 2° l'*arrangement architectural* de ces cellules. Partout on ne rencontre que des cellules et groupes de cellules d'un même type, sans qu'il s'y mêle d'autres dissemblables. En relation

avec ces deux faits il y aurait les expériences de Nissl, qui tendent à démontrer que des types de cellules dissemblables sont atteintes et réagissent différemment aux poisons ; il y aurait plus ou moins une *spécialisation* qui reviendrait à chaque type et qui tiendrait peut-être à une composition chimique des cellules et partant à la fonction propre de ces éléments nerveux. Quoi qu'il en soit, la doctrine qui traitera de ce problème de la localisation des processus psychiques devra tenir compte, en première ligne, de la *variabilité régionale des groupes de cellules nerveuses*. L'écorce n'est point uniforme, au contraire elle serait constituée par une multitude « d'organes situés l'un au-dessus de l'autre et juxtaposés », mais dont le nombre, les caractères et rapports mutuels nous restent pour le moment totalement inconnus. Tout aussi peu sommes-nous renseignés sur le tissu qui existe entre les éléments nerveux, « le *gris* » (*Grau* de Nissl). Par rapport à la clinique il sera important de rapporter les troubles psychiques aux lésions anatomiques. Déjà, à cet égard, quelques faits constatés par Nissl ont une certaine importance. Ce savant a découvert que dans la catatonie les altérations anatomiques siègent principalement dans les couches profondes de l'écorce. Par suite on pourrait penser à l'existence d'un certain rapport entre les troubles intellectuels saillants propres à cette affection (atteinte de la vie sentimentale et volitive, avec la conservation du pouvoir de conception et de la mémoire), et la localisation régionale du processus anatomique catatonique.

Toute cette série entière des faits relevée par Kraepelin, bien qu'elle jetterait une certaine lueur dans ce domaine vaste et confus des localisations cérébrales, est cependant incapable de l'éclairer totalement par suite de l'obscurité profonde qui y domine et y dominera pour longtemps encore. Dans l'attente de données plus positives, de moyens de recherches et d'armes d'investigation plus perfectionnées, nous devons nous maintenir dans les limites des faits constatables de nos jours, les relativer aux notions de psychologie positive, sans nous hasarder à formuler des conceptions conjecturales sur le substratum anatomique des phénomènes intellectuels.

©BIUM



Dans un autre ordre d'idées, Kraepelin étudie l'influence qu'exercent les *interventions chirurgicales* dans l'éclosion de la folie. Existerait-il entre cette dernière et celles-là un rapport plus ou moins direct ? L'auteur, sur ce dernier point, se montre plutôt sceptique. Pour lui, le rôle étiologique des opérations se résume à ces deux variantes : ou bien elles permettent la traduction au dehors d'une prédisposition existante et latente jusqu'alors, ou bien elles provoquent un état d'épuisement et par suite l'apparition des troubles connus, propres à cet état.

En ce qui concerne les troubles psychiques dans les *maladies dues aux troubles des échanges nutritifs* (goutte, diabète, cancer, etc., etc.), on ne connaît presque rien de certain pour le moment. Peut-être on arrivera, dans l'avenir, à découvrir des signes cliniques précis, capables de permettre quelques conclusions sur la cause spéciale de la maladie fondamentale en fonction des troubles des échanges nutritifs. Ce qu'on connaît de plus positif, ce sont des faits concernant les manifestations morbides en rapport avec des troubles de sécrétion de la glande thyroïde et de l'hypophyse; rien autre.

Les questions d'étiologie les plus élucidées actuellement sont incontestablement celles touchant *les infections et les intoxications.*

*Les maladies infectieuses* agissent sur les fonctions psychiques par les poisons microbiens; de plus, des troubles circulatoires concomitants y influencent aussi par suite de l'obstacle qu'ils apportent à la lutte contre les toxines charriant dans le sang. C'est une grosse question de pathologie générale dont l'application à l'aliénation mentale est d'une extrême importance.

Mais ce sont les connaissances sur les *intoxications* qui nous apparaissent les plus claires aujourd'hui. Personne n'ignore actuellement le rôle nocif qu'exerce l'alcool sur la mentalité. Kraepelin formule, à ce sujet, ces deux constatations cliniques fort justes. En cas d'intoxication aiguë, on remarque des états délirants confusionnels avec hallucinations multiples et excitation psychomotrice, tandis qu'en cas d'intoxication lente, ce sont les phénomènes de paralysie qui priment. En même temps, Nissl a pu découvrir et démontrer que le tissu

©BIUM



nerveux réactionne d'une façon différente en cas d'intoxication très aiguë et d'intoxication chronique ; partant les lésions qu'on y trouve ne sont point semblables.

En dehors des facteurs exogènes on connaît les causes endogènes. A celles-ci le maître allemand consacre des descriptions détaillées. Le rôle qui revient à l'*hérédité* dans la genèse des troubles psychiques, n'est point diminué dans son importance par Kraepelin. Seulement, l'auteur conteste toute valeur absolue aux statistiques confectionnées à propos de ce facteur étiologique, et cela parce qu'on y trouve des chiffres qui varient entre 4 et 90 p. 100 (!). Dans ce même chapitre il traite de la *dégénérescence*. Sans contester à cette dernière une grosse valeur dans la genèse de la folie, il nie cependant la vérité de la prétendue loi de Morel concernant les dégradations psycho-cérébrales. Avec l'idiot la race est-elle vraiment finie ? S'il en était ainsi, alors on aurait assisté déjà depuis longtemps à l'anéantissement complet de celle-là. Nous verrons, à l'occasion de l'analyse des entités en particulier, la part qui revient à l'hérédité et à la dégénérescence.

Enfin, le clinicien insiste sur l'influence qu'exercent l'éducation et l'instruction sur le développement de la personnalité psychique, de ce qu'on appelle caractère et volonté normale.

Abordons à présent, brièvement, le chapitre de la *symptomatologie de la folie*, pour nous arrêter ensuite plus longuement sur la seconde partie de l'œuvre qui traite des psychoses en particulier. Mais avant de passer à l'énumération des symptômes proprement dits, nous nous permettrons une petite digression.

On remarque, depuis quelque temps, surtout du côté des cliniciens italiens et français, une tendance à modifier la *méthode d'étude* de la symptomatologie de la folie, méthode qu'on voit employée, de nos jours, par la majorité des cliniciens et par Kraepelin aussi.

Sous ce rapport, nous voulons faire allusion particulièrement à l'article de séméiologie du *Traité de pathologie mentale* de M. Ballet, et rédigé par M. Séglas. Ici, cet auteur, suivant l'exemple de quelques aliénistes italiens, principalement de MM. Morselli et Agostini, divise l'étude de l'ensemble des symptômes de la folie

©BIUM



dans les chapitres suivants : le chapitre des troubles du langage (langage mimique, parlé, etc.) ; celui des troubles des actes chez les aliénés ; des états d'affaiblissement et de débilité de l'intelligence : démence, stupidité, débilité mentale (où il fait rentrer aussi les amnésies), enfin les chapitres sur les hallucinations, sur le délire, etc., etc.

Et pourquoi donc cette tendance nouvelle? est-on en droit de se demander. Par ce que, dit M. Séglas, « le classement des symptômes psychiques en trois groupes, en rapport avec la sensibilité morale, l'intelligence et la volonté, paraît purement théorique et ne reposer que sur des abstractions métaphysiques ».

Mais en est-il réellement ainsi? N'existe-t-il pas, *en fait*, une volonté, une intelligence et encore une série de fonctions intellectuelles qui traduisent les processus supérieurs et toute notre vie psychique? Une telle division et étude reposerait-elle vraiement sur des abstractions métaphysiques?

Il nous semble, à nous, que M. Séglas a tort alors qu'il essaye d'interpréter les choses d'une pareille manière. Le système d'étude des symptômes, tel qu'on le conçoit généralement aujourd'hui, est amplement justifié, et cela non seulement parce qu'il rend plus compréhensibles les faits cliniques, mais encore par le fait qu'il correspond à la méthode classique d'enseignement psychologique des phènomènes intellectuels normaux. Nous connaissons par la psychologie qu'il y a, d'une part, des sensations, des perceptions, des phénomènes d'idéation, d'intelligence, volitifs, etc., d'autre part, par la pathologie de l'esprit, qu'il y a des illusions, des hallucinations, des états délirants, impulsifs, abouliques, etc., etc., qui ne sont que la traduction des premiers. Par conséquent, il est suffisamment logique que la méthode d'étude de ces derniers processus psychopathologiques doit marcher parallèlement à celle des phénomènes psychologiques purs.

De sorte que, selon nous, l'intervertissement que proposeraient quelques aliénistes et particulièrement M. Séglas, dans l'étude symptomatologique de la folie, ne convient pas trop à un traité de pathologie spéciale qui a trait à cette discipline ; mais il trouverait plutôt sa

©BIUM



place dans un travail de pathologie générale où l'on exige justement une description succincte des troubles de l'esprit, conçue sous une forme générale et moins définie.

Ceci dit en passant, reprenons le fil de nos idées premières.

Les symptômes de l'aliénation mentale sont donc traduisibles par des notions de psychologie qui, seules, se montrent capables de nous faire comprendre les manifestations morbides si variables et complexes qu'on y rencontre. Et les descriptions que nous donne Kraepelin sur ces symptômes cadrent pleinement avec les faits cliniques.

Les manifestations de la vie psychique comprennent, dans leur ensemble, trois grands mécanismes fonctionnels, qui sont les suivants : 1° *la réception, l'imprégnation et l'élaboration intellectuelle des matériaux d'expérience* ; 2° *les oscillations de l'équilibre sentimental* ; 3° *les extériorisations des impulsions et des actes volitifs*. La multiplicité des phénomènes morbides découle par suite des modifications se passant dans ces trois grands domaines. Comme on le voit et comme nous le verrons encore plus loin, Kraepelin ne conçoit pas, à l'instar de Ziehen, Ebbinghaus et d'autres psychologistes, les manifestations sentimentales et volitives comme conséquence de l'émanation naturelle des sensations et représentations.

Parmi les troubles des processus perceptifs il y a en première ligne les *hallucinations*. Celles-ci peuvent prendre naissance par des mécanismes nombreux, de même avoir des origines différentes ; enfin, au point de vue de la forme, de la couleur, etc., elles varient infiniment, suivant chaque maladie et chaque période de la maladie. Nous n'insistons pas davantage. Seulement, disons en passant que quelques-unes des descriptions de l'auteur, surtout celles qui ont trait au mécanisme de genèse des hallucinations d'origine centrale, ne nous apparaissent pas trop claires et complètes.

Plus loin Kraepelin étudie une autre circonstance nécessaire pour l'acquisition des impressions : *l'état de la conscience*. Celle-ci n'est que l'expression de la transformation des impressions dans des phénomènes psy-

©BIUM



chiques. L'auteur décrit premièrement la conscience des états physiologiques, des rêves, puis de l'ivresse, et finalement les états crépusculaires des psychoses, de l'hystérie, de l'épilepsie, des maladies infectieuses, de l'alcoolisme, de la démence, etc., etc. Cette habitude d'étudier les phénomènes à l'état normal et à l'état pathologique, *parallèlement* et *comparativement*, est un point caractéristique d'une grosse importance qui doit être justement relevée comme la caractéristique de l'œuvre du maître allemand.

A la description des troubles de la conscience, Kraepelin rattache celle des *troubles de l'attention*, à laquelle succède un nouveau chapitre, celui des troubles de *l'intelligence*. Ici il étudie brièvement les différents mécanismes de la *mémoire normale*, insistant particulièrement sur la mémoire de fixation (Merkfähigkeit), puis avec plus de détails les manifestations pathologiques de cette opération, les amnésies, la confabulation, les hallucinations du souvenir (Sully), etc., etc., symptômes si caractéristiques de la paralysie générale, de la psychose de Korsakoff, de la presbyophrénie, démence paranoïde, etc., etc.

Ensuite, l'auteur insiste sur les troubles de *l'orientation, de la formation des idées et des notions, du cours de la pensée* (uniformité, prolixité, redondance, verbiage, salade des mots, fixité des idées, etc.), les troubles du *jugement*, de *l'auto-conscience*, pour arriver finalement aux deux derniers chapitres : sur les *troubles psychiques de la vie sentimentale et volitive*.

L'étude symptomatologique concernant ces deux domaines de la vie psychique, est des plus importantes et surtout elle se distingue par son originalité. Voici comment l'auteur de l'œuvre tâche de caractériser psychologiquement la vie sentimentale :

Chaque impression, dit le clinicien de Munich, qui dépasse le seuil de la conscience, provoque dans notre intérieur, en dehors de la perception, un changement particulier de notre état psychique, et qu'on appelle *sentiment*. Les sentiments ne sont pas, comme la perception, une image du monde extérieur, mais ils caractérisent la position que prend le moi vis-à-vis des influences venues du dehors.

©BIUM



On voit par cette définition que Kraepelin, à l'exemple de Wundt, comprend — et, selon nous, avec juste raison — d'une manière toute particulière le rôle que joue dans notre vie psychique, surtout pour nos manisfestations volitives, ce qu'on appelle « sentiments ». Ceux-ci sont les signes les plus sensibles des changements qui se passent dans notre intérieur.

A l'état pathologique, la vie sentimentale sera atteinte la première; mais les modifications qu'elle subit passent assez souvent inaperçues par suite du manque d'un critérium nécessaire pour une juste appréciation sous ce rapport. Déjà à l'état normal même, les réactions sentimentales sont extrêmement variables et parfois il est presque impossible de les distinguer des réactions morbides. Kraepelin décrit admirablement les principaux symptômes qu'on rencontre dans ce domaine de la vie sentimentale. Il y a des troubles au point de vue de *l'intensité*, — diminution et exagération, — de la *tonalité* et des *oscillations sentimentales*; de plus, des troubles de la *sensibilité générale*, de ce qu'on appelle *cénesthésie*. A tous ces symptômes, l'auteur consacre de nombreuses pages, insistant particulièrement sur les états anxieux et l'anxiété proprement dite, ainsi que sur les phobies avec ses variables formes. Malheureusement, il nous est impossible de nous attarder davantage sur l'analyse de ces symptômes si importants.

Enfin, un dernier chapitre a trait aux troubles de la *volonté* et des *actes*. Les symptômes que l'auteur y décrit sont des plus importants, et quelques-uns d'entre eux y figurent pour la première fois. C'est par la volonté et les actes que se traduisent au dehors en dernier lien l'ensemble des manifestations morbides de la vie psychique. Pour tout acte, dit le maître de Munich, une représentation est nécessaire, une idée marquant le but et des sentiments qui accompagnent cette idée, le tout se transformant en impulsion pour l'atteinte du but proposé. Par conséquent, les troubles de la volonté et des actes sont conditionnés en premier lieu par la série de ces facteurs qui y prennent part : d'un côté le contenu, la force et la persistance de la représentation, et de l'autre la durée et l'intensité des sentiments accompagnateurs. Partant, on conçoit facilement la multiplicité et la va-

©BIUM



riabilité des troubles et symptômes qui peuvent cliniquement se rencontrer dans ce vaste domaine.

Suivant Kraepelin, ces troubles peuvent être envisagés : 1° *par rapport à l'intensité des impulsions volontaires* : *a*) *diminution* : dans la fatigue, dans la phase ultime de l'ivresse, surtout dans les périodes terminales des psychoses incurables ; *b*) *exagération* (excitation motrice) : des paralytiques, catatoniques, maniaques, etc. ; 2° *par rapport au dégagement des impulsions volontaires* : *a*) dégagement *facilité* ; *b*) dégagement rendu *plus difficile* : inhibition psycho-motrice, stupeur (de la catatonie, de la dépression maniaco-dépressive, etc.), barrage (de la démence précoce catatonique) ; 3° par rapport à *l'influençabilité de la volonté* : *a*) influençabilité *plus facile* : déterminabilité, suggestibilité, automatisme par commande (écholalie, échopraxie, échomimie), catalepsie ; *b*) influençabilité *plus difficile* : négativisme, entêtement morbide ; *c*) *stéréotypie*. Enfin, 4° la volonté normale peut être *étouffée par des impulsions pathologiques* : les actes obsédants et les impulsions, avec leur variété et leurs infinies couleurs.

A ce chapitre se rattache l'étude des *troubles des mouvements d'expression*, troubles qui constituent une source précieuse pour l'appréciation des états psychopathologiques.

Avant de passer à l'analyse de la partie spéciale de l'œuvre, il y aurait encore à revoir une multitude de faits tout aussi intéressants que les précédents, et qui concerne la *marche*, la *terminaison*, la *durée* de la folie, le *diagnostic* et le *mode* d'examen des malades, enfin le *traitement* en général ; mais sur ceux-ci nous n'insisterons point. Seulement rappelons en passant que pour Kraepelin, en ce qui concerne le traitement, les *bains prolongés*, les *injections d'hyoscine*, et la *paraldéhyde* sont, entre autres, les moyens thérapeutiques les plus préférés et préconisés contre l'agitation et l'insomnie.

***

Dans son étude spéciale sur la psychiatrie clinique, qui fait l'objet du second volume de l'œuvre, le maître allemand ne se sert, contrairement à la majorité des au-

teurs, d'aucun système de classification. Pour lui, aucun des domaines, ni anatomo-pathologique, ni étiologique, ni symptomatologique, ne sont capables, dans l'état où ils se trouvent actuellement, de fournir les critériums positifs nécessaires à une vraie classification naturelle. Seulement, tout au plus dans leur ensemble, ceux-là peuvent-ils permettre une description rationnelle et claire des entités morbides ; ce qui a lieu d'ailleurs dans le manuel du clinicien allemand.

Nous suivrons dans notre description l'ordre d'étude des psychoses du traité de Kraepelin, et en même temps nous maintiendrons la manière d'exposer de M. Ilberg, afin de pouvoir faire facilement la comparaison et saisir en même temps ce qu'il y a de différent et de nouveau.

(*A suivre.*)

---

©BIUM

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

## SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1905

**Présidence de M. CH. VALLON**

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

M. José Ingegnieros, membre associé étranger, Giraud, Juquelier, Piéron et Trenel, membres correspondants, assistent à la séance.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Semelaigne qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Des lettres de MM. Chardon et Rieder qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur la genèse toxique des symptômes mentaux dans les tumeurs endocraniennes*, par M. Esposito ;

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de décembre 1905 ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de décembre 1905.

### *Election du Bureau de* 1906.

Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président pour l'année 1906.

Sur 19 votants, M. Deny obtient 15 voix, M. Klippel, 4 voix.

Les autres membres du Bureau étant réélus par ac-

©BIUM



clamation, le Bureau de 1906 se trouve donc ainsi composé :

*Président* : M. MARCEL BRIAND ;
*Vice-président* : M. DENY ;
*Secrétaire général* : M. RITTI ;
*Secrétaires des séances* : MM. DUPAIN et A. VIGOUROUX ;
*Trésorier* : M. ANTHEAUME ;
*Bibliothécaire-archiviste* : M. BOISSIER.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents, MM. BRUNET et VALLON.

Le Comité de publication se compose de MM. ARNAUD, LEGRAS et POTTIER.

La Commission des finances est composée de MM. MOREAU (de Tours) et SEMELAIGNE.

## *Rapports de candidatures.*

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Ritti et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Pichenot, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse), qui sollicite le titre de membre correspondant.

Le Dr Pichenot est un ancien interne de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence. Durant son internat, il réunit les observations qui font le sujet de sa thèse de doctorat, intitulée : *De l'idiotie et de ses rapports avec l'aliénation mentale*. Cette thèse fut brillamment soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier, le 20 mars 1883. Elle était le couronnement des études médicales ds notre collègue, mais déjà sa valeur d'aliéniste était connue et appréciée des pouvoirs publics ; un mois après environ, par arrêté du 24 avril 1883, le Dr Pichenot était nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie) ; quelques années plus tard, il vint à l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne), sous les auspices du regretté Dr Rousseau, dont il fut, à la fois, l'élève, le collaborateur et l'ami. Le 16 septembre 1892, le Dr Pichenot fut promu médecin en chef de

©BIUM



l'asile de Montdevergues (Vaucluse). Fidèle à cette Provence, où il fit ses débuts dans la médecine mentale, il est encore dans cet asile de Montdevergues le chef de service estimé de tous. Membre du Conseil départemental d'hygiène, ancien président de la Société médicale de Vaucluse, expert auprès des tribunaux, notre collègue a rédigé de nombreux rapports médico-légaux et publié d'intéressantes observations. Je citerai, entre autres, une observation de mélancolie anxieuse avec idée de négation et altération de la personnalité, présentée au Congrès de Blois en 1892. Un travail sur l'opportunité d'annexer des colonies agricoles aux asiles d'aliénés (Blois, 1892).

Au Congrès de Nancy, notre collègue présente le crâne d'une épileptique, faible d'esprit, atteinte d'hyperostose cranienne considérable. Au Congrès de Grenoble, il fait une communication sur quatre cas de mort subite par rupture du cœur chez les déments (deux cas observés à Auxerre, deux cas observés à Montdevergues). En 1899, le Dr Pichenot présente à la Société médicale de Vaucluse le résumé de ses observations sur l'emploi des injections d'hyoscine dans certains cas d'agitation violente chez les aliénés. En juillet dernier, il fait paraître, en collaboration avec le Dr Castin, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues, un intéressant travail sur la ponction lombaire. Messieurs, je viens d'énumérer d'une façon aussi brève que possible les titres et les travaux scientifiques qui justifient la candidature de notre collègue. Depuis longtemps vous connaissez le Dr Pichenot, c'est un assidu de tous les Congrès de médecine mentale depuis tantôt une quinzaine d'années, et, en vérité, je suis surpris, comme vous-mêmes, qu'il ne fasse pas encore partie de votre Compagnie; mais c'est un modeste, qui trouve dans la satisfaction intime du devoir accompli le réconfort à ses peines et à son dévouement. Enfin, je suis heureux d'ajouter un titre que j'appellerai *paramédical*.

Notre collègue est membre de cette Société littéraire connue sous le nom d'Académie de Vaucluse. Il n'en saurait être autrement, du reste, dans ce pays ensoleillé de la Provence, tout parfumé de thym et de lavande, où chantent les cigales dans les bois d'oliviers.

©BIUM



La Nymphe des transparentes eaux de la Fontaine qui, aux siècles passés, inspirait les sonnets de Pétrarque, inspire encore les félibres modernes. Les multiples devoirs de médecin aliéniste auxquels le Dr Pichenot consacre son activité ne le détournent pas du commerce des belles-lettres et de la poésie.

Je me hâte de conclure, Messieurs, en vous proposant, au nom de votre Commission, de vouloir bien décerner à M. le Dr Pichenot, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues, le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Pichenot est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

M. Lwoff. — Messieurs, le Dr Lagriffe, médecin-adjoint à l'asile de Quimper, sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

M. Lagriffe a fait ses études médicales à la Faculté de Toulouse. Interne des hôpitaux de cette ville, il devient plus tard chef de clinique des maladies mentales, et ses travaux sont récompensés deux fois, par la Faculté, et par la Société de médecine. Il est également un des membres fondateurs de la Société anatomo-clinique de Toulouse.

Seul, ou en collaboration avec les professeurs Maurel et Rémond (de Toulouse), il s'est livré à des recherches nombreuses portant sur les diverses branches des sciences médicales.

Nous ne vous signalerons ici que quelques-unes des publications où sont traitées des questions de médecine mentale et nerveuse. Dans sa thèse inaugurale, il a étudié les réactions fonctionnelles et morbides de la cellule nerveuse.

Il a fait paraître, en 1901, dans les *Annales médico-psychologiques* un travail *Sur la valeur sociale des dégénérés*. Il a publié des études intitulées : *Du rêve au délire*, *Insomnie et douleur*, *Sur le personnel médical des asiles d'aliénés*, et enfin, en collaboration avec le professeur Rémond, un *Essai de classification en psychiatrie*.

Cette classification est peut-être un peu trop hypothétique ; et l'on se demande, par exemple, s'il est possible de soutenir, en l'état actuel de nos connaissances, que le

©BIUM



« délire chronique » a pour cause une maladie des prolongements cellulaires.

Mais ce n'est là qu'une question de doctrine.

Les nombreux titres et travaux scientifiques du Dr Lagriffe le recommandent tout particulièrement à votre attention, et votre Commission (MM. Christian, Briand et Lwoff, rapporteur) a pensé qu'en nommant M. Lagriffe membre correspondant, votre Société s'attachera comme collaborateur un aliéniste instruit, travailleur et plein d'avenir.

Conformément à ces conclusions, M. Lagriffe est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

*Le système nerveux des monotrèmes et des marsupiaux. Rapport sur un travail du professeur Th. Ziehen, de Berlin* (1).

M. KÉRAVAL. — C'en est la troisième partie consacrée tout entière à l'*histoire du développement du système nerveux* de l'*échidna hystrix*.

Elle est accompagnée de 12 planches et de 12 figures dans le texte et représente le tirage à part, qui n'est pas dans le commerce, des voyages d'exploration zoologiques en Australie et en Malaisie de Semon.

Un mot au préalable sur l'échidna hystrix.

A la base des mammifères, sur l'échelon le plus inférieur de cette classe de vertébrés, existent les *monotrèmes*, dont le canal urogénital fusionne avec l'extrémité de l'intestin en un cloaque. Ces animaux pondent comme les oiseaux des œufs dont la coque est parcheminée. Ils sont dépourvus de placenta.

On n'en connaît que deux genres, l'ornithorhynque et l'échidna.

L'ornithorhynque, dont le type est l'ornithorhynque paradoxal, est pourvu d'abajoues et d'un bec semblable à celui du canard, mais plus long. Il mesure de la tête à la queue 50 centimètres, habite la Nouvelle-Galles de Sud et la Tasmanie, vit principalement d'insectes et se creuse, comme le castor, des habitations sur les bords

(1) Ouvrage offert à la Société par le professeur Th. Ziehen, de Berlin. Iéna, in-4°, 1905.

des cours d'eau ; ces habitations sont munies de deux issues, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'eau.

L'échidna ou fourmilier est un animal nocturne qui mesure près de 40 centimètres de long, possède des mâchoires sans dents et allongées en une sorte de groin nu ; cette trompe est percée d'une petite ouverture buccale par laquelle sort en s'allongeant une langue vermiforme, visqueuse. L'animal introduit cette langue dans une fourmilière, englue les insectes et les attire ainsi dans sa bouche.

On a décrit deux espèces d'échidnas : l'échidna soyeuse ou setosa ; l'échnida dont les poils sont transformés en dards, d'où son nom d'échidna hystrix ou échidna-hérisson. C'est encore la Nouvelle-Galles du Sud et la Tasmanie qui le produisent. Tel est l'animal dont il sera particulièrement question ici.

Au-dessus des monotrèmes, sont les *marsupiaux*, animaux vivipares, munis d'une poche dans laquelle ils élèvent leurs petits, aplacentaires également. Le canal urogénital est chez eux séparé de l'intestin, bien qu'un sphincter commun termine ces deux conduits.

Exemple : le kangourouh ou macropus, l'opossum, notamment le trichosurus vulpecula dont on connaît la fourrure.

M. Ziehen fait remarquer que l'embryogénie du système nerveux central des aplacentaires n'a jusqu'ici été l'objet que de très rares recherches.

En ce qui concerne les monotrèmes, il signale le mémoire d'Elliot Smith sur un exemplaire unique de fœtus d'ornithorhynque (The brain of a fœtal ornithorynchus. *Quarterl. Journal of Microscop. Sc.*, t. XXXIX, 1896, p. 181-206). Quant aux marsupiaux, il rappelle les indications isolées de Selenka et de Broom sur l'opossum et le kangourouh (*Studien üb. Entwichelungsgeschichte d. Thiere.* Wiesbaden, 1887-1892. Proc. Linn. Soc. New South Wales, 1898, XXIII, 1899). Herrick a, sur le développement du cerveau de l'opossum, présenté quelques courtes remarques (The callosum and hippocampal region in marsupial and lower brain. *Journ. of comp. Neurolog.*, t. III, 1893). Osborn a publié quelques notes sur la région commissurale du kangourouh (*Morphol. Jahrb.*, 1887, t. XII, p. 536).

©BIUM



Enfin dans Beard (the birth period of Trichosurus vulpecula), on trouve sur cet opossum, ainsi que sur le macropus thelides, espèce de kangourouh, un certain nombre de remarques (*Zool. Jahrbuch*. Abth. I. Anat. u. Ontogénie, t. XI, 1897, p. 77-96).

L'analyse méthodique par les procédés en usage en ce genre de recherches des embryons du fourmilier-hérisson représente la substance principale de ce travail. Les coupes en série portent sur les diverses phases du développement de l'animal à l'intérieur de l'œuf (ce n'est pas comme nous l'avons vu une métaphore) du fœtus au moment de son éclosion, des jeunes animaux, enfin d'un échidna ayant atteint déjà un certain âge. Toutes ces coupes ont été microphotographiées et sont annexées au mémoire. Les embryons enregistrés sous les numéros 40-45, pris dans l'œuf même, mesuraient 5 mill. 1/2, 6 mill. 1/2, 8 mill. 1/2, et 11 millimètres de long. Le spécimen 46 était celui d'un fœtus sorti de l'œuf, mesurant 10 millimètres ; les pièces 47 à 51ª sont empruntées à des jeunes de 15, 20, 22, 26, 34 1/2 et 45 millimètres de long. L'auteur ne traite que brièvement de l'échidna plus âgée.

Les trois chapitres de description sont intitulés :

A. Développement de la moelle de l'échidna.

B. Développement de l'encéphale de l'échidna.

C. Comparaison entre le développement encéphalo-spinal de l'échidna et les mêmes organes des marsupiaux, des insectivores et des rongeurs d'une part, des sauropsides et notamment des reptiles d'autre part.

Les deux premiers chapitres échappent à l'analyse.

Il est impossible de reproduire la marche des phénomènes autrement qu'en en copiant les détails histologiques. Les microphotographies sont là pour illustrer le texte.

Nous nous attacherons donc d'emblée à l'embryogénie comparée du troisième chapitre.

L'embryogénie comparée de l'échidna hystrix ou fourmilier-hérisson et des *reptiles les plus primitifs* s'appuie sur les études préalables que Dendy et de Kupffer ont faites de l'Hatteria punctata, de l'Anguis fragilis et des lézards communs (*Quarterly Journal of Microscop. Science*, t. XLII. *Handb. d. vergleich.*

*u. exper. Entwickelungsgeschichte d. Wirbelthiere*).

L'*Hatteria punctata* est un grand saurien (lézard) de la Nouvelle-Zélande, rhynchocéphale. A raison d'une disposition particulière de l'articulation du maxillaire inférieur dont les détails nous entraîneraient trop loin, les mouvements de sa mâchoire sont plus limités que chez les sauriens vrais. Il n'a pas d'organes copulateurs.

Il en est autrement de l'*Anguis fragilis* qui jouit, comme les sauriens vrais auxquels il appartient, d'une plus grande liberté buccale, tout en en possédant moins que les serpents. C'est un lézard d'un autre type. Il possède des organes copulateurs. Il est petit, très long, peut mesurer jusqu'à dix-huit pouces, a souvent les membres atrophiés et s'enfonce très rapidement dans la terre.

Or, l'embryon du fourmilier de 5 mill. 1/2 de long est, au point de vue du développement cérébral, bien en arrière des embryons d'anguis fragilis de même longueur; il s'en *faut notamment de beaucoup que les hémisphères y soient aussi bien délimitées*. Mais le plan d'ensemble chez ces sujets témoigne d'une ressemblance frappante. Chez l'échidna, cependant, la ligne de suture médiane du télencéphale forme encore une saillie en quille (torus medianus externus prosencephali), tandis que chez le saurien en question il existe déjà une fente médiane profonde. Chez l'échidna à cette période, il est à peine question de la délimitation des ventricules latéraux.

L'embryon d'échidna d'un peu plus de 5 millimètres de long correspond, quant au *développement des hémisphères*, au stade L. de Dendy, relatif à l'hatteria, ainsi qu'à l'embryon d'anguis, muni de 40 à 50 vertèbres originelles. A cette phase, la partie postérieure de la voûte encéphalique tend à pointer au-dessus et en avant. Cette paraphyse est cependant bien plus tardive chez l'hatteria; le trou de Monro est à ce moment encore très large. Quand il a atteint 6 mill. 1/2 de long, l'embryon du fourmilier possède déjà un *renflement ammonique évident*. La comparaison avec les reptiles est ici impossible, car on n'est pas bien sûr que les reptiles aient un sillon hippocampique.

L'embryon de fourmilier de 8 mill. 1/2 de long a pour caractères : l'*existence du sillon primitif et de l'éminence primaire*, seulement on ignore encore quand, chez le reptile, ces organes apparaissent pour la première fois. A cette même période, l'embryon de fourmilier trahit déjà le début d'*invagi-*

*nation du plexus choroïde*; chez les reptiles, on ignore à quelle époque a lieu ce phénomène.

Chez l'échidna, *le cerveau intermédiaire est progressivement et de plus en plus débordé en arrière* dans la *direction de l'occiput*, ce qui n'a pas lieu chez les reptiles; mais chez le fourmilier, comme chez les reptiles, le *ventricule impair* affecte les mêmes rapports, ce qui assigne à ces animaux un caractère contraire à celui des amphibies sous ce rapport.

La *glande pituitaire*, chez l'embryon de fourmilier de 8 millimètres de long, est une poche formée de deux lobes, un grand lobe antérieur, un petit lobe postérieur. Le lobe antérieur se place dans la fosse de l'hypophyse, dépression entre le recessus postopticus et le recessus infundibulaire, elle étreint le processus infundibulaire. Chez l'hatteria, au contraire, la poche est une anse non divisée, non pédiculée, l'antre infundibulaire n'est pas encore divisé; la fosse de l'hypophyse manque totalement. Chez l'anguis fragilis, au stade correspondant, il n'existe encore ni fosse hypophysaire, ni antre infundibulaire; plus tard, cependant, chez lui, ce qui n'a pas lieu chez l'hatteria, la poche hypophysaire se dédouble en deux saccules, et la fosse hypophysaire semble aussi se décomposer en deux niches peu profondes; la poche semble (particularité qui est propre à l'anguis) se creuser une fosse dans la paroi postérieure de l'infundibulum (fosse hypophysaire postérieure).

Chez les embryons de serpents, notamment chez le *tropidonotus* ou coluber natrix, grande couleuvre européenne d'eau douce, mesurant 2 tours de spires 1/2, la fosse hypophysaire est également indiquée. Chez les *lézards vulgaires* agilis, viridis, vivipare, des murailles, la manière d'être de la poche pituitaire ressemble à celle de l'anguis fragilis, mais la fosse hypophysaire est bien plus profonde.

La *masse commissurale des segments les plus basaux* des hémisphères, qui provient de l'adhérence des deux parois bilatérales médianes sises en avant de la lame terminale est déjà indiquée chez l'échidna de 8 millim. 1/2, elle est assez étendue chez l'embryon d'échidna de 11 millimètres de long; les premières fibres y apparaissent quand cet embryon mesure 20 millimètres; ce sont celles de la commissure antérieure. Pareille disposition n'a pas encore été décrite chez les reptiles; mais elle a pour correspondant le *torus transverse* de leurs embryons, qui contient en effet la commissure antérieure.

Le *sillon rhinal latéral* pourrait bien déjà être esquissé dans les embryons de fourmilier d'un peu plus de 5 millimètres de long; on n'en a pas encore trouvé l'homologue chez les reptiles. Pour de Kupffer, le sillon cérébral des reptiles, désigné par Edinger sous le nom de fosse collatérale, déjà très net chez

©BIUM



l'embryon d'anguis fragilis, dans lequel des élevures tégumentaires font pressentir les écailles cutanées, ce sillon correspond très probablement à la fissure rhinale latérale des mammifères. Et, en effet, chez le rat sauteur, à longues pattes postérieures et à longue queue, de la famille des marsupiaux, si avide d'insectes, que l'on nomme parameles (Australie), on constate quelque chose de semblable. Ce sillon correspond, chez l'anguis fragilis, à une voussure antérieure, qui s'effectue par places sur la surface du ventricule.

Le cerveau d'échidna se différencie, d'ailleurs, au fur et à mesure de son développement, de celui des reptiles, en ce que le *plexus choroïde du 3e ventricule* l'emporte de plus en plus chez le premier animal.

Quelques mots maintenant sur le *développement des corps striés*. Cet organe a pour homologue le crus epirhinicum ; mais on ignore si, chez le reptile ou chez le fourmilier, on y peut distinguer une portion médiale (crus metarhinicum) et une portion latérale (crus mesorhinicum). Chez l'anguis fragilis, de Kupffer parle de deux crêtes du corps strié : à quelle portion convient-il de les rattacher? Ce sont des recherches sur les tortues ou chéloniens, qui permettraient d'en décider, car ces animaux possèdent, de façon permanente, entre le corps strié et le corps épistrié, toujours distincts, un corps mésostrié (Edinger).

L'*élevure de la paroi des hémisphères*, constatée chez l'anguis fragilis comme chez l'échidna, constitue-t-elle le bourrelet de la corne d'Ammon recourbée en arrière? C'est possible.

Le *sillon de Monro* paraît tout à fait concorder chez les reptiles et l'échidna. Pour de Kupffer, le bourrelet situé au-dessus de ce sillon représente l'endroit où, plus tard, se formera la *commissure molle* ou masse intermédiaire ; chez la plupart des reptiles, au moins. Edinger le considère comme un noyau diffus ou *nucleus reuniens*. Chez l'échidna, quelque avancé que soit l'âge de l'embryon, on ne peut encore arriver à un tel rapprochement. Chez lui, cependant, c'est évidemment à cet endroit, c'est-à-dire entre la fosse thalamique interne inférieure et le sillon de Monro, que se développe la commissure molle. Si, chez lui, la fosse thalamique en question est un peu mieux marquée que chez des reptiles, c'est parce que le ganglion de l'habénule, plus développé chez ces derniers, comble un peu la niche de la fosse thalamique. La fosse thalamique interne supérieure est à peu près égale chez l'échidna et le reptile.

La *glande pinéale* est, chez le fourmilier, fortement arrêtée dans son développement.

*Cerveau moyen*. — Prenez l'embryon de lézard commun,

©BIUM



développé à ce point de vue ; le toit de ce cerveau se compose de trois segments, qui manquent chez l'anguis fragilis ; peut-on les comparer avec les traces de segmentation trouvées chez l'échidna. Ce serait encore prématuré.

La *lamelle cérébelleuse* des reptiles est encore trop peu connue pour permettre une comparaison. Mais la morphologie d'ensemble ne jure pas. Identité de développement du tegmen myelencephali.

La formation du *plexus du 4e ventricule* de l'anguis fragilis est, en ses points essentiels, presque textuellement applicable à l'échidna ; mais les détails n'en sont point encore assez fouillés pour permettre la pleine comparaison. On manque de points d'appui pour la comparaison des *neuromères* de ce *ventricule*.

*Moelle.* — La question pendante a trait à la branche transverse et postérieure (dorsale) du canal central, décrite par de Kupffer, chez la couleuvre natrix et la couleuvre terrestre (coronella austriaca), et dont l'absence a été constatée chez les sauriens (anguis fragilis et lézard commun), se rencontre-t-elle chez l'échidna? L'embryon le plus jeune de ce fourmilier était déjà trop âgé pour qu'on pût décider. Plus tard, du reste, chez tous ces animaux, le canal central se rétrécit en son milieu. Impossible de constater chez l'échidna le *noyau de cellules périphériques* de Gaskell qui, chez les sauriens, s'organise en segments.

Nous arrivons, pour en terminer, à l'embryogénie comparée du fourmilier (aplacentaire), avec les *mammifères placentaires*. Ce sont les insectivores qui fournissent le type, et tout naturellement parmi eux le *hérisson d'Europe*, dont le cerveau a été étudié par Groenberg (*Zool. Jahrbuch. Abth.* 1. *Anat. u. Ontog.*, 1901, t. XV) ; mais on en ignore totalement la moelle.

L'embryon d'échidna de 5 millim. 1/2 peut être comparé avec des embryons de hérissons de 4 et 8 millimètres. Chez l'embryon de hérisson de 4 millimètres, le cerveau n'est pas du tout divisé en hémisphères. Cette division est au contraire assez avancée chez l'embryon de 8 millimètres ; celui de 11 millimètres trahit un *sillon choroïdien* assez marqué, qui manque dans l'embryon précédent. Ce sillon choroïdien manifeste ses premières traces sur l'embryon de fourmilier de 8 millim. 1/2, de sorte que cet embryon est intermédiaire au point de vue du développement entre les embryons de hérissons de 8 millimètres et de 11 millimètres.

En ce qui concerne l'*ébauche du sillon primitif*, de l'*émi-*

©BIUM



*nence primitive*, du *sillon de la corne d'Ammon*, du *bourrelet de cette corne*, les embryons d'échidna sont plus précoces que ceux de hérisson. Mais cette précocité n'est pas en rapport avec la rapidité de développement d'autres parties de l'encéphale. On ne trouve chez le hérisson, le sillon de la corne d'Ammon que quand son embryon mesure 15 millimètres de long; il existe déjà chez l'embryon d'échidna de 5 millimètres, variétés individuelles mises à part. Le *plexus choroïde medius* apparaît chez le hérisson entre 15 et 20 millimètres de long; on le voit chez l'échidna de 15 millimètres. La *masse grise commissurale de la base des hémisphères cérébraux* débute sur l'embryon de hérisson de 8 millimètres; on en voit les premiers linéaments sur l'embryon d'échidna de 8 millim. 1/2. Le *plexus choroïde latéral du 4e ventricule* se montre chez l'embryon de hérisson de 11 millimètres de long et chez celui d'échidna de 8 millim. 1/2.

Le *manteau des hémisphères* n'est pas encore chez l'embryon de hérisson de 26 millimètres, séparé du rhinencéphale par le sillon rhinal latéral, tandis que les premières traces de cette séparation apparaissent chez l'échidna de 5 millimètres; mais cette séparation ne s'accentue pas histologiquement chez l'échidna le plus âgé.

Le *sillon choroïdien* ne présente pas entre les deux animaux de variétés essentielles.

Le *sillon d'Ammon* est presque identique aux phases de développement sus-énoncées des deux animaux.

La *masse commissurale de la base* a une allure très semblable chez l'échidna et le hérisson aux degrés les plus inférieurs de leur développement.

*Histogénie de la paroi du manteau.* — Chez le hérisson de 8 millimètres, une couche externe et une couche interne, celle-ci plus riche en noyaux que l'autre; — chez l'échidna de 5 millimètres, même état, mais en dehors de la couche pauvre en noyaux, voile marginal riche en noyaux; — chez le hérisson de 15 millimètres et chez l'échidna de 11 millimètres, dans la couche externe pauvre en noyaux apparaît une couche de cellules serrées où se forment les cellules pyramidales; entre cette couche et la surface se trouve une mince couche, pauvre en noyaux, qui donne plus tard naissance à d'abondantes fibres nerveuses (couche moléculaire). Chez le hérisson de 26 et 37 millimètres, quatre couches : moléculaire; de cellules pyramidales; radiée riche en fibres; couche de noyaux de Rolando allant jusqu'à l'épendyme. Même observation pour l'échidna de 15, 22, 34 millim. 1/2; ici le stratum radié est le dépôt de la couche blanche, le stratum de Rolando est la lamelle interne de His.

*Cerveau olfactif.* — Le tubercule olfactif est bien délimité et différencié chez l'échidna de 22 millimètres; chez le hérisson de

©BIUM



26 millimètres il commence à se différencier; dans les deux cas, le mécanisme de la délimitation est le même.

*Glande pituitaire.* — La poche hypophysaire est bilobée chez l'échidna et le hérisson; le lobe antérieur en est généralement plus gros chez l'échidna. Chez les deux animaux, la fosse hypophysaire se forme de la même façon.

*Cerveau intermédiaire.*—Chez le hérisson, la *partie postérieure du dôme encéphalique* ne s'effilerait pas en avant au-dessus de la fosse prodiencéphalique; cette opération constatée chez l'échidna, qui est l'homologne de la paraphyse, est cependant constatée chez tous les animaux placentaires (angulus prœthalamicus de Hes); quoi qu'en dise Grœnberg, la figure relative à son embryon de 20 millimètres en montre l'esquisse.

Le *sillon de Monro* paraît identique chez les deux animaux.

La *commissure moyenne* semble plus précoce chez le hérisson (dimension de l'embryon, 37 millimètres).

Les deux animaux paraissent encore plus se rapprocher par leur *cerveau moyen* que par leur cerveau antérieur, mais l'embryon de hérisson ne présente pas de trace de segmentation.

La *morphologie brute du cervelet* semble concordante chez ces deux animaux, mais il y a quelques différences histogéniques. Ainsi, chez les embryons de hérisson de 8 millimètres, et d'échidna de 6 millim. 1/2. la lamelle cérébelleuse contient : une couche externe riche en cellules; une pauvre en cellules vasculaire; une couche interne riche en noyaux qui en occupe les 3/5 internes. Chez le hérisson de 11 millimètres, la couche moyenne se divise extérieurement en deux autres qui embrassent une couche riche en noyaux. Chez l'échidna de 11 millimètres, on ne retrouve pas les cinq couches; chez l'échidna de 15 millimètres, on rencontre une couche moyenne d'Obersteiner (granuleuse externe) et une quatrième couche intercalée entre la lame interne et la zone moyenne. Chez l'échidna de 26 et de 34 millim. 1/2, la couche moyenne riche en cellules de Grœnberg se décompose en deux ou trois autres couches subalternes. D'après les embryons de hérisson de 15, 20, 26 millimètres, la couche d'Obersteiner paraît se former bien plus tard que chez l'échidna.

Le cerveau postérieur de la base (*protubérance, myélencéphale*) présente de très grosses analogies chez les deux animaux. Il existe une très grande ressemblance entre le développement des *plexus choroïdes* du 4e ventricule.

CONCLUSION. — LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENCÉPHALE DE L'ÉCHIDNA HYSTRIX confirme l'opinion que les *monotrèmes doivent être placés entre les sauriens d'une part et les insectivores d'autre part.*

©BIUM



## Troubles mentaux par intoxication sulfo-carbonée,

par MM. A. VIGOUROUX et G. COLLET.

Nous avons l'honneur de communiquer à la Société l'observation d'un sujet qui a présenté des troubles mentaux au cours d'une intoxication chronique par le sulfure de carbone.

OBSERVATION. — *Antécédents héréditaires.* — X... est né, à terme, en décembre 1871. Il a donc été conçu en mars, peu de temps après le siège de Paris, pendant lequel ses parents avaient eu beaucoup à souffrir. Le père avait été obligé, pour entrer dans Paris avant l'investissement, d'abandonner un important commerce de boucherie, qu'il avait fondé dans une ville de la banlieue, l'année précédente. A Paris, en novembre 1870, il avait été atteint d'une variole noire et était resté malade durant cinq mois. X... fut conçu, par conséquent, à un moment où son père n'était pas encore revenu à la santé. Sa mère, assez nerveuse, avait été très affectée par les événements du siège. Le père était, alors, âgé de trente-deux ans, la mère de vingt-six ans.

Le père et la mère sont des arthritiques, l'un et l'autre gros mangeurs et prenant surtout de la viande. Le père est devenu diabétique vers sa cinquante-quatrième année. C'est un homme intelligent et actif. Il n'a jamais été buveur, ni fumeur. La mère a une hémiplégie gauche depuis un an. Le grand-père maternel a été hémiplégique. Le malade a deux frères et deux sœurs qui sont en bonne santé et d'intelligence normale.

*Antécédents personnels.* — A sa naissance, X... était un bel enfant. Il n'eut aucune maladie de l'enfance. Cependant il fut en retard pour marcher et pour parler. Il urina au lit jusqu'à l'âge de dix ans. Il a toujours été très vorace; enfant, il mangeait tout ce qu'on lui donnait.

A l'école, jusqu'à seize ans, il apprit à lire et à écrire et acquit une instruction sommaire. Mais, il n'a jamais su bien calculer. Il est resté incapable de faire le moindre calcul mental. Il a, pourtant, une assez bonne mémoire.

X... fit, sans succès, deux apprentissages de boucher : on le jugeait trop peu loquace pour satisfaire la clientèle. Il devint, ensuite, garçon charcutier. Dispensé du soin de plaire au public, il se montra travailleur appliqué et actif. Ses quatre années de service militaire ne furent marquées par aucun incident.

A l'âge de vingt-six ans, X... contracta la syphilis et fut

©BIUM



soigné à Ricord. Depuis, il n'a pas eu de nouveaux accidents spécifiques.

En août 1902, X... se maria, et, en novembre de la même année, il s'établit charcutier dans la banlieue. Sa femme s'employait à la vente ; mais elle était négligente, elle laissa péricliter le commerce de son mari. En juillet 1904, elle abandonna celui-ci pour suivre un amant. X... avait d'elle un enfant, alors âgé de six semaines. Il fut très chagriné par l'infidélité de sa femme et par l'insuccès de son entreprise ; il vendit son fonds de charcutier qui avait subi une dépréciation considérable. Il s'occupa, ensuite, d'un commerce de chevaux de boucherie, fut dupé par ses associés et perdit une somme importante. Son père, devant les mauvais résultats de la gestion qu'il avait faite de sa fortune, lui adressa des observations qui l'irritèrent. Notre malade, avant de se trouver exposé à l'intoxication sulfocarbonée, a donc traversé une période de chagrins et de soucis.

X..., d'intelligence assez bornée, comme le prouvent les détails que nous venons de rapporter, a toujours été d'humeur égale et n'a jamais présenté de défaut grave du caractère. Mais il est susceptible et obstiné ; il craint la moquerie, il est jaloux de ses droits et de son indépendance, il refuse tout conseil venant de ses proches et agit à sa guise. Peu loquace, peu démonstratif, il semble assez indifférent. Cependant, ses frères et ses sœurs, ses camarades le tiennent pour un bon garçon, et il paraît sincèrement attaché à son jeune enfant. Il n'a jamais été buveur. Il aime à faire des largesses au café, mais, pour sa part, ne consomme pas d'alcool.

*Histoire de la maladie.* — Dans les premiers jours d'avril 1905, X... entre chez un fabricant de pneumatiques antidérapants, qui occupe une dizaine d'ouvriers dans un petit atelier. Il est employé à badigeonner les roues en caoutchouc, avec une dissolution de caoutchouc dans de la benzine. Certains de ses camarades utilisent le sulfure de carbone et l'atmosphère de l'atelier contient des vapeurs de ce produit. Là, il éprouve assez fréquemment de la céphalalgie et son appétit, d'ordinaire robuste, diminue.

Au commencement de juillet, il quitte cet atelier pour travailler dans une importante fabrique de pneumatiques antidérapants. Cette industrie, de création toute récente (elle date de 1901), emploie en assez grande quantité le sulfure de carbone.

Les conditions du travail dans la fabrique dont nous venons de parler ont été étudiées, en 1905, par Aïtoff, qui en a fait le sujet de sa thèse (1). Cet intéressant ouvrage nous permet d'in-

(1) V. Aïtoff. Contribution à l'étude des effets du sulfure de carbone, *Thèse*, Paris, 1904-1905, n° 479.

©BIUM



diquer avec précision les circonstances dans lesquelles s'est produite, chez notre malade, l'intoxication sulfo-carbonée.

La fabrication d'un pneumatique antidérapant ou pneucuir comprend, d'une part, la préparation d'un bandage en caoutchouc, que l'on revêt d'une couche de caoutchouc dissous dans de la benzine, et d'une bande de cuir munie de rivets d'acier, et, d'autre part, la fixation de cette chape de cuir sur la surface du bandage. Pour exécuter cette dernière opération, qu'on appelle vulcanisation, on ramollit la couche de caoutchouc étalée sur le bandage, en l'enduisant d'un mélange vulcanisant sur une longeur de 25 centimètres environ; puis, on applique rapidement la bande de cuir sur le caoutchouc, et l'on détermine l'adhérence des deux pièces en exerçant sur elles une forte pression, au moyen d'un rouleau. On procède ainsi jusqu'à ce que la roue de caoutchouc et sa chape de cuir soient soudées dans toute leur étendue. Le mélange vulcanisant employé est composé de 25 grammes de protochlorure de soufre pour 1.000 grammes de sulfure de carbone. Ce sulfure de carbone est presque absolument pur. Les ouvriers chargés de la vulcanisation travaillent dans un vaste atelier où chacun d'eux dispose de 16 mètres cubes d'air. L'air de l'atelier est aspiré constamment, pendant le travail, par un ventilateur. L'air du dehors y est amené par des conduits qui s'ouvrent à 1 mètre du sol, au milieu des tables autour desquelles se trouvent les ouvriers. Chaque ouvrier se sert du mélange vulcanisant contenu dans un récipient placé devant lui. Ce récipient peut être fermé par un couvercle; mais, la négligence des ouvriers fait qu'il ne l'est pas toujours. Le mélange est appliqué à l'aide d'un pinceau. L'air extérieur, avant d'arriver à l'ouvrier, passe au-dessus du récipient et du pinceau, d'où s'évapore du sulfure de carbone. De plus, l'ouvrier est exposé directement aux émanations produites par le mélange étalé sur la roue. Il respire donc, à tout instant, pendant son travail, des vapeurs de sulfure de carbone. Cependant la teneur de l'air en sulfure de carbone, dans l'atelier, n'est pas considérable. Aïtoff a fait des prises d'air en différents endroits de l'atelier, et a trouvé de 12 centièmes de milligrammes à 40 centièmes de sulfure de carbone par litre d'air. Il est vrai que cet auteur n'a pu prendre l'air qu'à une certaine distance du point où s'ouvrent les voies respiratoires de l'ouvrier, point où la proportion de sulfure de carbone est probablement plus élevée qu'ailleurs. Les ouvriers peuvent, toutes les fois qu'ils en éprouvent le besoin, sortir de l'atelier pour respirer de l'air pur au dehors. Ils font, en moyenne, deux sorties par heure, de dix minutes chacune.

X..., employé à la vulcanisation, arrive bientôt à vulcaniser huit roues par jour. Il est payé 0 fr. 50 par heure. On lui

©BIUM



demande d'exécuter un plus grand nombre de vulcanisations (certains en font jusqu'à quinze par jour), en lui offrant un salaire plus élevé (0 fr. 60 et 0 fr. 65). Il redouble d'activité pour arriver à ce résultat. De ce fait, il se surmène un peu et respire davantage de sulfure de carbone. Une fois seulement, il est appelé à fournir un travail supplémentaire de 8 heures du soir à minuit.

En juillet, X... remarque que son bras droit qui, le jour, donne un effort considérable, se trouve, la nuit, engourdi et presque insensible. En août, il éprouve une sensation de sécheresse, d'irritation, dans la gorge, sensation qui le fait tousser; il la fait habituellement cesser en buvant de l'eau. Puis, il a des maux de tête fréquents et, quelquefois, des épistaxis. En même temps, son haleine prend une odeur désagréable, il est constipé, il reste deux ou trois jours sans avoir de selle, alors qu'auparavant il allait du ventre régulièrement. Il a parfois, au cours de son travail, une sensation de froid aux organes génitaux, accompagnée de constriction du scrotum. En outre, il observe qu'il devient irritable, qu'il s'excite facilement; un jour il s'emporte contre un camarade très fort, qui passe pour peu patient et qui est craint de tout le monde, parce que celui-ci se dérobe à une corvée de balayage.

Dans les derniers jours du mois d'août, X... souffre de maux de tête, d'une sécheresse de la gorge, de constipation; il a, en outre, des pesanteurs d'estomac après les repas, et il s'aperçoit qu'il n'a plus de désirs vénériens, qu'il est impuissant. Le dimanche 17 septembre, il prend un purgatif. Le mardi 19, se trouvant encore indisposé, il reste chez lui. Le 20, il prend une nouvelle purgation et remarque que ses selles ont une odeur très fétide. Le jeudi et le vendredi, il travaille à l'atelier. Mais il est inquiet, troublé; il croit découvrir qu'on le surveille, que des gens malintentionnés s'occupent de lui. Pendant son travail, il a plusieurs fois de la macropsie : il voit son pneumatique grossir, prendre des proportions extraordinaires. Le samedi, son inquiétude s'accentue; il demande au chef d'atelier : « Que me veut-on? De quoi m'accuse-t-on? Pourquoi me surveille-t-on? » Celui-ci, s'apercevant qu'il est malade, lui donne une occupation en dehors de l'atelier de vulcanisation.

Le dimanche 24 septembre, X... reste toute la journée dans son logement. Persuadé qu'on va l'arrêter, il n'ose sortir. Les personnes qu'il voit circuler dans la rue, qu'il entend marcher dans la maison, lui semblent être des agents de police en civil, qui sont chargés de l'épier et de l'arrêter. Il ne songe pas à prendre ses repas. Il se tient aux aguets; il regarde sous son lit pour voir si quelqu'un ne s'y cache pas; il retient son pro-

©BIUM



priétaire auprès de lui, une partie de la journée, le priant de lui tenir les mains, croyant qu'ainsi on ne peut le prendre. La nuit, il ne dort pas; il entend des éclats de bombe, des cris de coq, des aboiements de chien; il croit voir, auprès de lui, sa femme avec un amant; il cherche à les frapper du poing et renverse sa lampe; il aperçoit sur les murs de sa chambre des projections lumineuses, qui lui sont envoyées de la maison d'en face, et pense que ce sont là des signaux faits par ses ennemis.

Le lundi 25 septembre, X... se rend chez son père qui habite une ville de la banlieue, à une assez grande distance de celle où notre malade a sa résidence. Il prend les tramways et les chemins qu'il convient de prendre pour y arriver. Son père le fait examiner par un médecin et le renvoie à son domicile. Le malade y retourne et y trouve son frère qui, avec deux agents, l'emmène à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Là, M. de Clérambault observe chez le malade de la confusion, de l'anxiété, et un délire onirique, qu'il juge d'origine toxique, en considérant l'éthylisme comme probable. A l'Asile-Clinique, le malade se croit à l'Ecole polytechnique, puis en prison; il voit, par une porte, un échafaud dressé.

Le malade entre à l'asile de Vaucluse le 30 septembre 1905. C'est un homme de petite taille (1$^{m}$ 61), obèse (poids : 92 kilogrammes). Il ne présente pas de stigmate physique de dégénérescence important. Le nez est légèrement dévié à droite; à part ce détail, le visage est régulier. L'appareil respiratoire et l'appareil circulatoire paraissent sains, le seul trouble digestif notable est la constipation avec état saburral de la langue. L'urine ne contient ni albumine ni sucre; elle ne contient pas de sulfure de carbone. L'examen des fonctions nerveuses révèle une légère inégalité pupillaire (la pupille droite est plus grande), un faible tremblement de la langue et des mains. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. La sensibilité semble normale.

La physionomie du malade est peu intelligente. Il a l'air sombre, préoccupé. Lorsqu'on s'approche de lui, il manifeste une vive inquiétude et dit : « Que me voulez-vous? Je n'ai rien fait. Je n'ai ni tué, ni volé. Je n'ai fait de mal à personne. Je vous assure que j'aime bien mon enfant. Je ne crois pas lui avoir fait du mal. Pourquoi me surveille-t-on? Pourquoi veut-on m'arrêter? Je suis innocent de l'assassinat de M. Viladel. Ce n'est pas moi qui l'ai commis. Je n'ai rien fait. Pourquoi m'accuse-t-on? » Malgré les paroles rassurantes qu'on lui adresse, il demeure anxieux, il pleure, il examine avec méfiance les malades qui se trouvent dans la salle. Quand on l'interroge, il se montre un peu confus et désorienté. Il n'indique pas exactement son âge; il croit se trouver en prison, il ne sait dire la date du jour présent. Le malade reste dans cet état pendant

©BIUM



plusieurs jours, répétant des propos analogues à ceux que nous venons de rapporter ; les nuits sont assez calmes.

Le 4 octobre, l'état de confusion s'est amendé, mais le délire persiste. Le malade semble soucieux, triste. Il appelle spontanément le médecin pour lui demander : « De quoi m'accuse-t-on? Pourquoi me surveille-t-on? Pourquoi m'a-t-on placé au milieu de gens qui s'occupent de moi? Il me semble que tous ces gens sont de la police. » Il pleure et demande à voir son enfant. Sa mémoire est encore paresseuse : il a de la difficulté à retrouver, par exemple, les noms de ses sœurs. Cependant ses réponses sont assez claires et précises. Au début de l'interrogatoire, son anxiété se manifeste à chaque instant par des larmes, par des affirmations de son innocence, par des protestations d'amour paternel; en même temps, il se perd dans des digressions sans intérêt, dans des redites. A la fin, il est calme, et semble rassuré; il s'exprime plus brièvement et donne des renseignements sur sa profession, parle des camarades que le sulfure de carbone a rendus malades, indique ce qu'il a lui-même éprouvé depuis qu'il travaille à la fabrication des pneus-cuir. La parole est lente, scandée, syllabée; il cherche ses mots, a des hésitations, des répétitions, des suspensions de phrases, des lapsus. Ses intonations ont un caractère particulier de niaiserie; sa voix est grave, mais sa façon de parler est puérile, elle s'accorde avec l'expression sotte de son visage, avec la naïveté de ses conceptions délirantes. Il a toujours des illusions et des interprétations délirantes, mais les hallucinations ont cessé.

Le 5 septembre, on fait prendre au malade 150 grammes de glucose. Son urine, recueillie deux heures et quatre heures après, réduit la liqueur de Fehling. Le malade présente donc de la glycosurie alimentaire. On le met au régime lacté et on lui administre du calomel.

Les jours suivants l'amélioration progresse rapidement. Le malade semble moins préoccupé; il fait quelques lectures, il rend de petits services dans la salle, il cause avec les infirmiers. De temps en temps, son inquiétude réapparaît; il exprime la crainte d'être accusé et arrêté, il affirme qu'il n'a fait de mal à personne. C'est ainsi que, le 9 septembre, voyant entrer dans la salle un médecin étranger à la maison, il s'imagine que c'est le juge d'instruction qui vient l'interroger. Trois jours plus tard, après avoir fourni des renseignements détaillés sur son atelier, il dit encore : « Mais, pourquoi me demande-t-on tout cela? On ne veut rien me faire? Je n'ai fait de mal à personne. Je n'ai rien fait à mon enfant. » Le même jour, il voit circuler des malades dans les couloirs et s'imagine que ce sont des agents de la sûreté. Toutefois, on le rassure assez facilement; on lui

©BIUM



fait comprendre que ses préoccupations sont injustifiées, qu'elles se sont développées sous l'influence de la maladie.

Le 15 septembre, son état paraît assez satisfaisant pour qu'on puisse le placer dans un quartier de travailleurs. Il est employé à partir de ce moment, au jardin potager. Il manifeste un jour une certaine anxiété, après avoir reçu une lettre d'affaires qu'il ne comprend pas bien. Il présente, en même temps, de la constipation et un état saburral; ces troubles cèdent à une purgation.

Après l'avoir laissé pendant trois semaines à un régime lacté mitigé, on recherche de nouveau chez lui la glycosurie alimentaire. L'épreuve étant négative, on donne au malade le régime ordinaire. X... reste ensuite très calme, très docile, et travaille au potager : il semble être tout à fait revenu à son état normal. Il raconte avec précision l'histoire de son délire telle que nous l'avons notée plus haut, après avoir contrôlé les renseignements donnés par lui auprès de ses parents.

Le 14 décembre, on le soumet à un examen complet. On constate que les fonctions digestives, respiratoires, circulatoires et sécrétoires s'accomplissent bien. L'état général est excellent; le malade pèse 92 kilogr. 500. Les réflexes rotuliens sont normaux ; il n'existe pas de tremblement. La pupille droite est toujours un peu plus grande que la gauche ; les réactions pupillaires, d'ailleurs, sont normales. Depuis quelque temps déjà, les désirs vénériens sont revenus.

X... sort de l'asile le 18 décembre 1905.

L'observation que nous venons de rapporter fournit un exemple d'accès délirant survenu au cours d'une intoxication chronique par le sulfure de carbone, chez un dégénéré.

Ses antécédents héréditaires créaient, chez notre malade, une prédisposition au délire. Du fait de son séjour dans une atmosphère contenant des vapeurs de sulfure de carbone, il a éprouvé, d'abord, des troubles variés : sécheresse de la gorge, épistaxis, constipation, céphalalgie, excitation passagère, insomnie, constriction du scrotum, impuissance, que l'on observe chez la plupart des ouvriers travaillant dans les mêmes conditions (*Thèse* d'Aïtoff). Mais, chez lui, l'intoxication chronique a produit, en outre, au bout de six mois, des troubles mentaux bien caractérisés. Il a eu de l anxiété, des illusions, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, il a fait des interprétations délirantes ; il a présenté, en somme,

©BIUM



le tableau du délire de rêve, tel qu'on le voit dans toutes les intoxications chroniques.

Nous n'insisterons pas sur la ressemblance que l'on remarque entre le délire que l'on rencontre dans les cas de sulfo-carbonisme et l'accès délirant de l'alcoolisme chronique. La similitude du délire dans ces deux états, déjà observée par Delpech en 1863, a frappé tous les auteurs.

Nous tenons, seulement, à relever un détail de notre observation : l'existence de la glycosurie alimentaire chez le malade. Ce phénomène nous indique que le malade était atteint d'insuffisance hépatique, au moment où il délirait. Cette insuffisance organique peut être attribuée à une altération du foie d'origine toxique. Il est permis, aussi, de la considérer comme consécutive à la destruction des globules sanguins produite par le sulfure de carbone. Kiener et Engel ont, en effet, constaté, sur l'animal soumis à l'intoxication sulfo-carbonée, la présence de cellules chargées de pigment ferrugineux, d'origine hématique, dans la veine-porte et les capillaires du foie. Ce pigment ne se retrouvait pas au delà de la glande hépatique (1). L'insuffisance hépatique pourrait être, croyons-nous, expliquée par ce fait que le pigment ferrugineux s'arrête dans le foie et qu'il y est transformé, puisqu'il disparaît au delà. Elle le serait encore, d'ailleurs, par les troubles digestifs qui sont communs dans le sulfo-carbonisme.

Quelle qu'en soit la cause, cette insuffisance hépatique nous permet d'établir un nouveau rapprochement entre l'intoxication chronique par le sulfure de carbone et l'alcoolisme chronique, où ce même symptôme est si fréquemment constaté en même temps qu'un accès délirant subaigu. Nous pouvons nous demander, alors, si la similitude des manifestations délirantes dans ces deux états ne tient pas à ce fait, que le trouble mental est le résultat, dans l'un comme dans l'autre, d'une même altération viscérale, d'une même insuffisance fonction-

(1) Kiener et Engel : Sur les altérations d'ordre hématique produites par l'action du sulfure de carbone sur l'économie. *C. R. Acad. des Sc.*, 1886, t. CIII, p. 394.

©BIUM



nelle, hépatique ici, rénale dans d'autres cas, qui laisse les auto-intoxications s'établir et agir sur les centres nerveux.

En admettant cette hypothèse, nous nous expliquons que des toxiques divers, dont l'action directe sur les centres nerveux se manifeste par des troubles qui sont propres à chacun d'eux, arrivent à produire chez des sujets chroniquement exposés à leur action, un délire toujours du même type : délire de rêve, délire hallucinatoire, etc.; nous comprenons que l'intoxication sulfo-carbonée aiguë ait déterminé chez notre malade des troubles spéciaux : céphalalgie, épistaxis, constipation, excitation, constriction du scrotum, impuissance, et que l'intoxication chronique ait abouti à un délire de rêve tout à fait comparable à un délire alcoolique.

## Les troubles du langage musical chez les hystériques,

par M. INGEGNIEROS, de Buenos-Aires.

L'étude des troubles hystériques du langage musical est un chapitre nouveau dans la pathologie du langage musical, dans l'étude clinique des *dysmusies* ; toutes ses formes peuvent être observées chez des sujets hystériques.

- Dysmusies hystériques.
  - Amusie (totale).
    - Sensorielle (complète).
      - *Surdité musicale (partielle)* :
      - Cécité musicale ou alexie.
    - Motrice (complète).
      - (*Aphémie instrumentale (partielle)*.
      - Agraphie musicale.
  - Hypermusies.
    - *Raptus musicaux.*
    - Impulsions obsessives.
    - *Mélodisation incoercible de la lecture.*
    - Etc.
  - Paramusies.
    - *Phonophobie.*
    - *Phobie avec réactions convulsives.*
    - *Obsessions musicales.*
    - *Audition colorée.*
    - *Associations morbides.*
    - *Dissonophobie.*
    - Etc.

©BIUM



Le groupe clinique fondamental des *dysmusies hystériques* est formé par les *amusies* ou *aphasies musicales;* on y observe le caractère spécifique de tous les accidents hystériques systématisés : ce sont des syndromes fonctionnels et non des syndromes anatomiques, de même que le hoquet, la toux, le mutisme, etc. Les *hypermusies* et les *paramusies* hystériques complètent ce groupe, qui peut se résumer dans le schèma ci-dessus. (Les observations cliniques de l'auteur se rapportent aux formes écrites en italique.)

Les AMUSIES HYSTÉRIQUES peuvent être totales ou complètes, qu'elles soient sensorielles ou motrices; à un autre point de vue elles peuvent être pures ou combinées avec des aphasies ou d'autres accidents hystériques. Six observations cliniques ; celles portant les numéros 1, 2 et 6, d'amusies *pures*, sont les seules à ce jour.

1. *Amusie pure totale* : perte simultanée de toutes les formes sensorielles et motrices du langage musical, en un sujet de culture technique élevée et d'intelligence musicale développée, sans coexistence d'aucun trouble du langage articulé verbal. 2. *Surdité musicale, pure, partielle:* perte de l'audition musicale à la suite d'une crise hystérique de forme convulsive, avec conservation parfaite du chant et de l'exécution au piano, par la simple mémoire des images motrices des mouvements musculaires (la malade jouait de mémoire) ; on n'a observé aucune perturbation du langage ordinaire. 3. *Amusie motrice, combinée avec mutisme hystérique* : suppression du chant et conservation de l'ouïe musicale ; les troubles concordent avec ceux du langage ordinaire. Cette forme est fréquente, bien qu'on ne l'ait pas décrite spécialement. 4. *Amusie motrice, combinée avec aphasie et hémiplégie droite hystérique:* cas analogue au précédent, combiné avec hémiplégie ; cette forme est très fréquente dans les hémiplégies hystériques droites. 5. *Amusie motrice partielle combinée avec aphasie motrice complète* : la malade ne peut pas chanter, mais elle peut écrire de la musique, jouer du piano, lire et entendre la musique. Les troubles du langage ordinaire ne sont pas équivalents, puisqu'il y a de l'aphasie motrice complète et la malade ne peut ni lire ni écrire.

©BIUM



6. *Aphémie instrumentale pure :* la malade ne peut pas jouer du piano, mais elle conserve intacts le chant, la lecture, l'écriture et l'audition musicale. Le langage ordinaire reste indemne.

Les HYPERMUSIES HYSTÉRIQUES sont les exagérations morbides des aptitudes et des fonctions musicales. S'observent fréquemment chez les hystériques ; la plus grande partie correspondent plutôt à l'étude de la folie hystérique et de l'état mental hystérique, qu'à l'étude des troubles du langage musical.

7. *Impulsions musicales* : crises impulsives et incoercibles de composition musicale ; ce ne sont ni une aura ni un équivalent de l'attaque, mais le produit autosuggestif d'une idée fixe. 8. *Mélodisation incoercible de la lecture ordinaire* : la malade ne peut pas lire à haute voix une lettre, ni un journal, ni un livre, sans chanter ce qu'elle lit ; se trouvant dans l'impossibilité d'étudier en lisant mentalement, elle a dû abandonner ses études.

Les PARAMUSIES HYSTÉRIQUES sont fréquentes et de caractère très varié.

9. *Phonophobie totale* : horreur absolue pour toute sorte de sons. 10. *Obsession mélodique* : tendance à la répétition d'une phrase musicale. 11. *Audition colorée* : Association systématique des images musicales avec des images visuelles. 12. *Association morbide érotico-musicale* : la malade, en conséquence d'une autosuggestion persistante, à des excitations sexuelles en entendant une certaine musique, jusqu'à éprouver une complète émotion sexuelle. 13. *Phobie musicale avec réactions convulsives* : chaque fois que la malade entend jouer du violon elle est prise d'un violent accès convulsif. 14. *Dissonophobie* : obsession systématique qui oblige le malade à compléter chaque son par une formule musicale et à chercher sa résolution harmonique. 15. *Association cataméno-musicale* : il existe une relation directe entre l'excitation où l'émotion musicale et la durée et quantité de la fonction menstruelle.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM



## SÉANCE DU 29 JANVIER 1906

**Présidence de MM. CH. VALLON et MARCEL BRIAND**

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

MM. Mitivié, membre honoraire, Doutrebente, Gimbal, Giraud, Hamel, Lapointe, Laurent, Mignot, Piéron, Thivet et Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bombarda, de Lisbonne, remerciant la Société de la part officielle qu'elle prendra au Congrès international de médecine de Lisbonne ;

2° Une lettre de M. Semelaigne, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Des lettres de MM. Lagriffe et Pichenot, remerciant la Société de les avoir nommé membres correspondants.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Contribution à la psychiatrie des races*, par M. le Dr Pilcz ;

2° *Etude sur la confusion mentale*, par M. le Dr Stransky ;

3° *Observation sur la connaissance du nystagmus associé*, par le même ;

4° *Traitement psychologique de l'alcoolisme*, par M. Bérillon ;

5° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de janvier ;

6° *L'Etoile bleue*, numéro de janvier.

M. Laurent. — Messieurs, la brochure que j'ai l'honneur d'offrir à la Société est le tirage à part de deux articles, parus dans les *Annales médico-psychologiques* ; et ici, permettez-moi d'adresser mes remerciements à M. le Dr Ritti pour l'obligeance qu'il a eue d'insérer mon mémoire dans ce recueil scientifique. Comme tous, vous

©BIUM



recevez ce recueil, vous avez eu sans doute l'occasion de jeter un coup d'œil sur ces deux articles. Je ne crois pas utile de les résumer. Les réflexions dont j'accompagnerai cette présentation seront donc une brève addition à ce que j'ai déjà écrit.

Je tiens à vous faire connaître le point de départ du mémoire offert à la Société, en juin 1862, sous le titre : *De la Physionomie chez les aliénés.*

Inspiré par la lecture que j'avais faite, pendant les vacances scolaires de 1849, du grand ouvrage de Lavater, édité par Moreau de la Sarthe, j'étais, depuis cette époque, très porté à examiner les physionomies des diverses personnes avec lesquelles je me trouvais en relation, malades ou bien portantes. Cette tendance avait été renforcée par mes préparations anatomiques des différentes parties de la face. Or, pendant mon internat à l'asile des aliénés de Montdevergues, je fus un jour appelé pour répondre à un monsieur, qui désirait parler au médecin en chef, le Dr Campagne. Je fus frappé de l'expression physionomique et tout particulièrement de ce qui ressortait de l'éclat des yeux et du contour mimique oculaire, au milieu d'une tension musculaire non moins remarquable de la face. M. le Dr Campagne ne tarda pas à venir, et je le laissai seul en conversation avec le visiteur imprévu.

Après le départ de ce monsieur, dont la tenue était d'ailleurs fort correcte, je fis part à mon chef de service de l'effet que m'avait produit la physionomie, absolument extraordinaire, de l'individu ; et, j'appris alors que ce visiteur avait déjà été aliéné et était sorti en état de guérison. Sentant en lui un malaise particulier, qui lui faisait présager le retour de la maladie mentale, il réclamait qu'on voulût bien l'admettre sans retard à l'asile.

Je n'ai jamais oublié ce fait intéressant. J'ai voulu vous le signaler. A dater de ce jour-là, j'ai scruté plus que jamais la physionomie de tous les malades. Il en résulta différentes notes ; d'où le mémoire que j'ai cru devoir rédiger, pendant que j'étais médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares.

Dans l'opuscule que je vous présente, j'envisage le point de vue clinique surtout, puis celui de la médecine

©BIUM



légale. Dans le premier, il est un aspect sur lequel je désire appeler l'attention. Avec juste raison, depuis quelque temps, les cliniciens se préoccupent du diagnostic précoce de la tuberculose; le *diagnostic précoce de la folie* a aussi une importance considérable. Krafft-Ebing a écrit dans son livre, « que la transformation de l'état « psychique se traduit *de bonne heure* par des change- « ments dans l'*expression des yeux*, de la *physionomie* et « de l'attitude » (page 248). La physionomie est, à n'en pas douter, un élément essentiel de ce diagnostic précoce, auquel on ne saurait attacher trop de valeur pour l'application opportune d'une thérapeutique efficace. Nous ne pouvons perdre de vue que, faute d'une connaissance suffisamment certaine du début de la maladie cérébrale, qui engendre la *folie*, provient une aggravation progressive, qui nous fait constater l'entrée de tant d'incurables dans nos asiles d'aliénés.

Telles sont les courtes réflexions qu'il m'a semblé bon de vous soumettre, à l'occasion de la présentation de cette brochure : *Physionomie et mimique chez les aliénés.*

*Installation du Bureau.*

M. VALLON. — Messieurs, il y a un an, en prenant possession du fauteuil de la présidence auquel m'avait élevé votre sympathique bienveillance, je vous faisais des promesses, je formulai des vœux. J'ai eu la bonne fortune de tenir les premières, de voir se réaliser les seconds.

Je vous avais dit de compter sur mon zèle et mon exactitude; je n'ai pas manqué une seule séance et je suis toujours arrivé à l'heure. Vous voudrez bien excuser ce petit témoignage de satisfaction que je me décerne à moi-même.

Je vous avais conseillé, pour le recrutement de nouveaux membres, de tenir compte, non seulement des travaux et des titres des candidats, mais aussi de leur correction au point de vue professionnel et confraternel; vous avez élu MM. Colin et Lwoff, qui offraient toutes garanties à cet égard. Ils sont venus remplacer un collègue qui a demandé l'honorariat et aussi, hélas! Paul Garnier, si prématurément et si brutalement

©BIUM



enlevé à notre compagnie où il occupait une place importante ; je salue encore une fois sa mémoire.

J'avais fait appel au concours des internes des services d'aliénés, les engageant à nous apporter des observations. Ils ont répondu à ma voix ; je les en remercie. Presque à chaque séance nous avons eu le plaisir d'écouter l'un ou même plusieurs d'entre eux et de constater ainsi que la jeune génération, laborieuse et instruite, sera digne de ses devancières.

Ma présidence a été facile et heureuse ; facile, grâce à votre courtoisie et au concours dévoué des membres du bureau ; heureuse, car elle fut marquée par un événement inoubliable pour moi : le banquet où, à l'occasion de ma nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, mes élèves, mes confrères, mes amis voulurent bien fêter, en ma personne, une victime du devoir professionnel. Le secrétaire général de cette Société y fut votre éloquent porte-parole. Aussi, combien grande a été ma joie de le savoir enfin décoré lui aussi, combien vive est ma satisfaction de pouvoir aujourd'hui lui adresser, à mon tour, en votre nom et au mien, de chaleureuses félicitations !

Mon cher Ritti, mon cher ami, il y a longtemps que vous méritiez le ruban rouge qui orne maintenant votre boutonnière.

Je ne veux pas parler ici des titres que vous conféraient vos longues années de service comme médecin de la Maison nationale de Charenton, je me bornerai à rappeler, qu'appartenant à notre Compagnie depuis bientôt trente ans, vous en êtes, depuis 1882, le très dévoué secrétaire général et, en cette qualité, le panégyriste éloquent de ses gloires disparues, que depuis à peu près la même époque, vous fûtes l'organisateur habile de tous nos Congrès. Oui, par un zèle méritoire, vous avez assuré le succès des Congrès internationaux de médecine mentale tenus à Paris en 1889 et en 1900 ; entre temps vous avez guidé les premiers pas du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes ; ce rejeton de notre Société est aujourd'hui un grand jeune homme parvenu à sa seizième année et si, malgré quelques malaises passagers, il est plein de vitalité, c'est que vous fûtes pour lui un bon père nourricier et un éducateur

©BIUM



avisé. Après le Congrès de 1889 nous avions un peu espéré votre nomination dans la Légion d'honneur, après celui de 1900 nous y comptions absolument. On vous oublia, à peu près seul des secrétaires généraux. Ce fut un déni de justice. Le voilà enfin réparé. Nous en sommes tous très heureux.

Sur la liste des nouveaux chevaliers de la Légion d'honneur se trouve encore le nom d'un autre de nos collègues, bien digne d'y figurer par l'ancienneté de ses services et ses nombreux travaux, j'ai nommé mon ami Marandon de Montyel. Notre distingué collègue est malheureusement retenu loin de nous par le mauvais état de sa santé et, depuis longtemps, il n'a pas assisté à nos séances. Mais s'il éprouve quelques difficultés avec sa moelle épinière, son cerveau est toujours actif et fécond ; constamment les revues et journaux de médecine publient des articles dus à sa plume autorisée. Je lui envoie nos très vives et très sincères félicitations ; puissent-elles lui apporter dans sa retraite de Ville-Evrard quelque joie et quelque satisfaction.

Ainsi, deux médecins d'asiles d'aliénés, choisis parmi les plus anciens et les plus méritants, sont décorés par le même décret. Qu'y a-t-il donc de changé au ministère de l'Intérieur? Pourquoi cet insolite acte de justice? Est-ce parce que le ministre de l'Intérieur appartient à la corporation médicale? Non ; M. Dubief n'est pas le premier confrère qui siège place Beauveau. Serait-ce parce que le ministre est un ancien directeur d'asile? Je le croirais volontiers. Ayant vu les médecins aliénistes à l'œuvre, M. Dubief sait les apprécier.

Quoi qu'il en soit, je fais des vœux pour que le ministre actuel persévère dans la voie où il est entré et que ses successeurs — car il en aura — prennent exemple sur lui. Je souhaite que si, plus tard, on vient à parler de l'année de ma présidence, on puisse dire qu'elle fut, non pas l'année des décorations, mais la première année des décorations.

Me voila donc arrivé au terme du mandat que vous m'avez fait le grand honneur de me confier ; je ne suis pas sans en éprouver une certaine mélancolie en pensant que, comme l'a dit Pascal, ce n'est pas le temps qui passe, mais nous qui passons.

©BIUM



Heureusement dans notre Société, tout comme dans le gouvernement, il n'y a pas d'interrègne, et à côté du président d'aujourd'hui est assis le président de demain; mon successeur, M. Briand, est mon collègue dans les asiles de la Seine, nous avons été camarades d'internat, ensemble nous avons fondé l'asile de Villejuif; je suis heureux de lui céder le fauteuil de la présidence.

M. Marcel Briand. — Messieurs et chers Collègues, lorsque, par vos suffrages, vous m'avez appelé à faire partie du bureau de notre Compagnie, j'exprimais le vœu que la vice-présidence de la Société médico-psychologique devînt pour moi une sinécure. Ce vœu a été exaucé, puisque la santé de mon ami Vallon s'est à ce point améliorée, qu'il n'a manqué à aucune de nos séances, tout en prenant part à nos discussions avec le même entrain qu'autrefois.

Une circonstance heureuse a été, il vient de vous le rappeler, pour ses amis, ses collègues et ses élèves, l'occasion longtemps attendue, de le féliciter à la fois de son rétablissement définitif et de sa promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Je ne veux pas le remplacer, au fauteuil qu'il me cède, sans lui renouveler, aujourd'hui, tous nos compliments pour sa guérison en même temps que pour la distinction méritée dont il a été l'objet dans le cours de sa présidence.

La promotion de janvier vient d'être, pour lui, l'occasion de se faire, à son tour, votre interprète, quand il adressait à M. Ritti nos félicitations non moins sincères qu'affectueuses.

Laissez-moi ajouter que la Société médico-psychologique n'est pas seule à s'enorgueillir de la croix accordée à son secrétaire général. Tout le monde aliéniste applaudit à cette trop tardive promotion.

Notre collègue était, semble-t-il, de ceux qu'on ne décore pas, parce qu'on les croit déjà décorés. Mais, si jusqu'à ce jour l'*Officiel* l'avait oublié, il a suffi qu'un ministère de l'Intérieur se souvînt d'avoir autrefois dirigé un asile d'aliénés, pour que les importants travaux et les mérites de M. Ritti, lui revenant en mémoire, reçoivent enfin leur récompense.

Du même geste M. le Dr Dubief a récompensé les

©BIUM



services d'un autre de nos collègues, le Dr Marandon de Montyel, que sa santé retient depuis longtemps loin de cette enceinte. Que le distingué médecin de Ville-Evrard reçoive aussi nos félicitations.

Ce n'est pas sans un légitime orgueil que nos deux collègues se rappelleront que, si leur croix s'est fait attendre, elle leur a été offerte par un confrère bien placé pour les apprécier.

Si le président sortant de notre Société résume les débats qu'il a dirigés, dans le cours de sa présidence, en revenant sur le chemin parcouru, le privilège de son successeur est, non pas de tracer un programme définitif de discussions pour ses collègues, mais d'indiquer les sentiers dans lesquels il lui paraît qu'il y aurait intérêt à s'engager. Laissez-moi donc suivre cette tradition.

Vous n'ignorez pas que, depuis quelques années, la Faculté de médecine a réorganisé l'enseignement de la médecine légale des aliénés ; or, malgré l'essor nouveau donné à cette branche de notre spécialité, il me semble que les communications, d'ordre exclusivement médico-légal, sont trop rares dans cette enceinte, cependant bien faite pour les écouter.

Je sais bien qu'il existe une autre Compagnie s'intéressant beaucoup à ces questions ; mais la Société de médecine légale ne se recrute pas uniquement parmi les aliénistes : elle s'honore de compter dans son sein des médecins légistes non spécialisés dans notre branche et aussi des magistrats. Il résulte de cette disparité d'origine, cependant fructueuse à d'autres points de vue, que les questions dont elle s'occupe y sont traitées avec un caractère moins spécial qu'elles ne le sont ici.

En faisant appel à votre compétence, en sollicitant de votre collaboration des observations prises au point de vue médico-légal, et susceptibles de donner lieu à des discussions sur la responsabilité, en matière civile ou criminelle, je crois rendre un réel service à la science et à nos élèves, qui s'initieront, de la sorte, à la solution des si délicats problèmes qu'ils auront plus tard à résoudre.

Il me reste, maintenant, le devoir très agréable de vous remercier encore une fois du très grand honneur

que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux. Vous avez voulu, sans aucun doute, reconnaître mon assiduité à suivre vos séances, auxquelles j'assiste avec régularité, depuis exactement un quart de siècle !

J'espère mériter la confiance que vous avez placée en moi et je vous en remercie du fond du cœur.

Je considère cette présidence, dont il vous a plu d'honorer ma carrière, comme la plus haute récompense qui puisse m'être accordée, car vous m'avez permis de m'asseoir à une place occupée par les maîtres les plus illustres de la médecine mentale, parmi lesquels figure le mien.

Que M. Magnan me permette de rappeler ici son nom, qui rendra plus complète l'expression de ma reconnaissance.

M. Ritti. — Je suis vraiment confus des éloges que viennent de m'adresser nos deux présidents ; mais je suis profondément touché de leurs si affectueuses félicitations. Je les en remercie de tout cœur. Je remercie aussi tous nos collègues de la Société pour les marques de sympathie qu'ils ont bien voulu me donner et dont je sens tout le prix. C'est pour moi, croyez-le bien, la plus douce récompense de mes vingt-cinq années de secrétariat général.

M. Deny s'excuse de ne pas avoir été présent au début de la séance et remercie vivement la Société du grand honneur qu'elle lui a fait, en le choisissant pour vice-président.

*Mémoires envoyés pour les prix à décerner en* 1906.

Prix Aubanel. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

Quatre mémoires ont été envoyés :

N° 1. Devise : « L'œil est une petite face où les maladies se manifestent par les signes qui leur sont propres. » (Double) ;

N° 2. Auteur : M. Edmond Cornu, médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées).

N° 3. Auteurs : MM. E. Schrameck, chef de labora-

©BIUM



toire d'ophtalmologie à la clinique des maladies mentales, Roger Mignot, médecin, et L. Parrot, interne de la Maison nationale de Charenton ;

N° 4. Auteurs : MM. Privat de Fortunié, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), Raviart, médecin-adjoint, et Lorthiois, interne de l'asile d'Armentières (Nord).

PRIX ESQUIROL. — Un seul mémoire : *Contribution à l'étude d' « hallucinations géométriques », ou de quelques causes ou conditions de folie morale systématisée et d'amoralité*, par M. Jacques Lourbet, de Saint-Alban (Lozère).

PRIX SEMELAIGNE. — Question : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

Pas de mémoire.

*Nomination des commissions de prix.*

PRIX AUBANEL. — MM. Arnaud, Lwoff, Pactet, Sérieux, Sollier.

PRIX ESQUIROL. — MM. Blin, Colin, Kéraval, Moreau (de Tours), Roubinovitch.

*Rapports de candidature.*

M. LWOFF. — Messieurs, le Dr Revertégat, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société, appartient depuis de longues années à la grande famille des aliénistes de la Seine.

Nommé interne des asiles au concours de 1884, il remplit ces fonctions successivement dans les services de M. le Dr Kéraval, de notre président le Dr Briand, de M. Bouchereau et de M. Magnan à l'admission. Son internat terminé, il accepte le poste de médecin-adjoint à la maison de santé de Suresnes, dont il devient bientôt le médecin-directeur. Il conserve ce poste pendant dix années consécutives ; mais par suite d'un changement survenu dans sa situation de famille, il se voit obligé de quitter ces fonctions pour venir vivre à Paris.

Nous savons tous combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de gagner sa vie en s'adonnant

©BIUM



exclusivement au traitement des maladies mentales, quand on n'est pas attaché à un établissement d'aliénés. Les malades de cette catégorie, et leurs familles aussi évitent en effet soigneusement tout contact avec le médecin aliéniste et ne s'adressent à lui que forcés et contraints.

D'un autre côté, le Dr Revertégat avait trop approfondi la médecine mentale pour ne pas apprécier pardessus tout les satisfactions que donne l'exercice d'un métier qu'on connaît parfaitement et dont aucun détail, aucune finesse ne vous échappe. Ainsi l'exercice de la médecine ordinaire, où il faut toucher à tout sans pouvoir rien approfondir, ne le tentait guère.

Il a préféré de se consacrer à une nouvelle spécialité, qui, tout en étant un peu limitée, lui permettait, grâce à ces dons naturels, d'arriver rapidement à une perfection suffisante pour devenir l'égal des plus habiles parmi ses nouveaux confrères. Ceci n'étonnera pas ceux qui ont connu Revertégat. Déjà étant interne, il s'est acquis auprès de ses chefs et de ses camarades la réputation d'un médecin consciencieux, réfléchi, à jugement net et précis ; on savait aussi qu'il avait la main ferme et souple et on lui confiait volontiers toutes les opérations usuelles.

Ces qualités l'ont admirablement secondé dans sa nouvelle profession, et ceux qui l'ont vu à l'œuvre vous diront qu'il peut être considéré comme un des meilleurs spécialistes des maladies de la bouche et des dents.

Ses confrères l'ont apprécié d'ailleurs à sa réelle valeur, et il fut bientôt appelé au professorat à l'école dentaire. Revertégat était tout désigné pour soigner nos aliénés et l'Administration ne pouvait faire un meilleur choix en nommant notre ancien camarade médecin-dentiste du nouvel asile de Moisselles.

Nous avons en lui en effet non seulement un spécialiste qui connaît la maladie qu'il soigne, mais aussi un médecin qui connaît ses malades, ce qui a une importance capitale quand il s'agit des aliénés avec leurs délires multiples et leurs réactions violentes et dangereuses.

D'un autre côté, vous savez combien nous sommes tous heureux d'être secondés dans l'accomplissement de notre tâche par des spécialistes éclairés, chaque fois

©BIUM



qu'il s'agit de déterminer le lien qui rattache une souffrance localisée à une affection nerveuse ou mentale. L'étude de la cavité buccale, des dents, des maxillaires, voûte palatine, etc., a permis notamment de trouver de nombreux stigmates de dégénérescence et d'en établir l'origine et les causes plus ou moins éloignées.

Je n'ai qu'à vous rappeler les travaux faits dans cette direction par nos collègues Blin et Legrain et leurs belles collections, et la publication plus récente de M. Galippe. Or, il suffit d'avoir fait un travail de ce genre pour comprendre combien de tâtonnements et de perte de temps sont évités quand on est guidé et secondé par un technicien habile et intelligent doublé d'un aliéniste comme Revertégat. Il suffit de lire, en effet, sa thèse inaugurale pour se convaincre que nous avons en lui un aliéniste consciencieux qui sait observer avec profit.

Ce travail porte comme titre : *Contribution à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie*, et est divisé en six chapitres.

Le premier donne un aperçu historique et bibliographique de la question, très clair, très complet, et que tout le monde consultera avec profit. Il aborde ensuite l'étude du sujet lui-même et, en se conformant à l'opinion de la majorité des auteurs de l'époque, il considère la mélancolie comme une entité morbide, adopte la division de cette affection proposée par M. Jules Falret à la Société médico-psychologique lors de la discussion sur la mélancolie et ses variétés. Il étudie par conséquent les hallucinations dans :

1° La mélancolie avec conscience ;
2° La mélancolie dépressive simple et avec stupeur ;
3° La mélancolie anxieuse.

En se basant sur une analyse de vingt-sept observations, tant personnelles qu'empruntées aux auteurs, il montre que les hallucinations se rencontrent dans plus du tiers des cas, que leur caractère principal est d'être tristes, pénibles, effrayantes, terrifiantes même, que tous les sens peuvent être touchés.

Il ressort également de ce travail que la fréquence des troubles sensoriels est variable selon la variation de l'affection. C'est ainsi qu'il constate, par exemple, que

©BIUM



dans la mélancolie avec conscience, les hallucinations sont tout à fait exceptionnelles, tandis qu'elles sont si nombreuses dans les autres formes et que si les hallucinations auditives dominent dans la forme dépressive, celles de la vue sont plutôt l'apanage des formes anxieuses et stupides.

Dans ce travail l'auteur expose sobrement et clairement sa pensée, les observations sont prises avec soin et bien analysées.

Quand, après avoir exposé les titres du candidat, je vous aurai rappelé que la franchise et la droiture du caractère de Revertégat étaient devenues proverbiales parmi ses camarades, vous comprendrez, pourquoi votre Commission, composée de MM. Arnaud, Briand et Lwoff, est particulièrement heureuse de recommander à vos suffrages sa candidadure, vous assurant qu'en le nommant membre correspondant vous vous attacherez un collaborateur utile et digne de vous.

Conformément à ces conclusions, M. Revertégat est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

M. Sérieux. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composé de MM. Deny, Lwoff et Sérieux, à l'effet d'examiner la candidature de M. Capgras au titre de membre correspondant.

Le Dr Capgras a commencé ses études médicales à la Faculté de Toulouse, où il fut externe et interne des hôpitaux. Reçu premier au concours d'internat des asiles de la Seine (1899), il a passé deux ans à Ville-Evrard et deux ans à la clinique de la Faculté. Il obtint le second rang au concours d'adjuvat de 1902 et fut nommé successivement médecin-adjoint à l'asile de Lafond, à l'asile de Dury-lès-Amiens et à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Il soutint en 1900 sa thèse de doctorat sur le sujet suivant : *Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution présénile.* Comme l'indique ce titre, M. Capgras considère, avec Kraepelin, la mélancolie présénile comme une psychose autonome, distincte des autres états dépressifs qui appartiennent à des affections très différentes telles que la folie maniaque-dépressive, la confusion mentale, la démence précoce, la dégénérescence mentale. La mélancolie d'involution

©BIUM



est caractérisée par son étiologie et son tableau clinique : prédominance des idées hypocondriaques et des idées de négation, fréquence des paroxysmes anxieux, importance des signes somatiques et surtout des lésions d'artério-sclérose.

En 1902, en collaboration avec le Dr Sérieux, il communiqua à la Société médico-psychologique un mémoire sur les *Psychoses à base d'interprétations délirantes*, montrant combien il importe de distinguer les interprétations délirantes des hallucinations, le rôle prépondérant des premières dans un certain nombre d'états psychopathiques, leur influence quasi exclusive dans l'éclosion et la marche d'une forme spéciale : la psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes. Les deux auteurs développent ce dernier point en 1904 dans une Revue sur le *Délire d'interprétation* (*Revue de Psychiatrie*, n° 6) ; les caractères de cette dernière maladie : rôle fondamental des fausses interprétations, hallucinations rares, épisodiques, systématisation inébranlable, lucidité permanente, absence de démence terminale, ces caractères la séparent nettement du délire chronique hallucinatoire et de la folie des persécutés persécuteurs, ceux-ci étant surtout des obsédés.

Pendant son internat à la clinique de la Faculté, le Dr Capgras a recueilli quelques leçons de son maître, le professeur Joffroy, dont une sur le *Délire spirite* a paru dans les *Archives générales de Médecine* (1904, n° 2). Il a publié en outre : *Relation des maladies unilatérales de l'oreille avec les hallucinations de l'ouïe* (*Archives de Neurologie*, 1903, n° 96), où, à propos d'un cas d'hallucinations auditives unilatérales, il essaye de concilier la théorie anatomique de l'irritation corticale et la théorie psychologique du point de repère périphérique. Citons encore deux observations de *névrose d'angoisse* (*Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1903) ; *un cas de phobies avec délire et tentative de meurtre* (*Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre-octobre 1905).

Votre Commission, appréciant la valeur des mémoires si consciencieux et si judicieux de M. le Dr Capgras, vous propose, Messieurs, de l'associer à nos travaux en qualité de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Capgras est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

## *De la confusion du langage. — Rapport sur le travail de M. E. Stransky, de Vienne.*

M. P. KÉRAVAL. — Messieurs, le mémoire dont vous m'avez confié l'analyse est intitulé : DE LA CONFUSION DU LANGAGE (*Sprachverwirrtheit*) ; contribution à sa connaissance chez les aliénés et les gens sains d'esprit, par E. Stransky, assistant de la 1re clinique psychiatrique de l'Université de Vienne. Halle, in-8°, 1905. C. Marhold, éditeur.

Il est en somme constitué par trois catégories d'expériences faites sur des personnes normales, sur des déments précoces, sur des paranoïques.

I. — *Expériences sur les associations d'idées des personnes normales.* — Nous ne saurions mieux faire que d'esquisser la première expérience. Un médecin en est le sujet. On lui propose le mot *animal* et on le prie d'exprimer *in promptu*, pendant une minute, sans tendre son attention, tous les mots, toutes les phrases que provoque en lui ce mot. Voici la traduction, aussi textuelle que possible, du phonogramme des 189 vocables allemands qui lui viennent successivement à l'idée.

« Animal, animal, maison, animal, essai sur les animaux (Thierversuch), un essai qui est fait sur des animaux, qui est fait sur des chats qu'on donne ensuite à manger au déjeuner, le Dr X... (nom cité) fait des essais sur les animaux malgré la volonté du Comité de permanence (Landesausschuss), le comité de permanence, le comité de permanence, le comité de permanence Y... (nom cité), Y... lui a, lui a défendu de faire des essais sur les animaux, il en est résulté une longue histoire dans le journal, dans le journal sur le Landesausschuss, dans la réunion des médecins, il y a été dit que le conseiller aulique S... (nom cité) y a fait un long discours, n'a pas fait de discours, avait dû faire un discours, avait dû devoir faire devoir avoir fait un discours, à la suite de quoi le Dr S... le professeur S... n'a pu en finir avec ce discours, il s'est établi un grand gâchis, on a défendu aux gens les étables, défendu les essais sur les animaux, les expériences sur les animaux (Thierexperiment), défendu les étables, défendu les oies bleues, défendu les oies vertes et bleues, on leur a défendu de tenir des animaux dans

©BIUM



les étables, de tenir des animaux dans l'asile des aliénés régional sur le territoire de la clinique, en dehors du territoire de la clinique, on a installé les étables sur la rue, sur la rue, sur la rue, devant la rue, devant la... » (l'expérience est terminée).

1. — *Commentaires de cette expérience.* — Le mot proposé, *animal*, provoque plusieurs répétitions écholaliques, entre lesquelles s'intercale celui de *maison* que l'on peut considérer comme un attribut ou un complément (*Hausthier*, animal domestique) par association d'idées.

2. — Vient ensuite l'expression *essai sur les animaux* (*Thierversuch*); elle est l'effet ou d'une coordination, ou d'une association d'idées par le mécanisme de la constellation d'idées, comme en témoigne bientôt le thème traité par l'orateur de l'expérimentation sur les animaux (*Thierexperiment*).

3. — Ces mots isolés, sans agrégation grammaticale, sont suivis d'une proposition correcte définissant le *Thierversuch*; il y a peut-être bien là une association par identité.

4. — Du *Thierversuch* on passe aux essais sur les chats (association par coexistence ou par coordination sinon subordination) avec répétition du verbe rappelant la verbigération. La plaisanterie subséquente sur les chats qu'on donne ensuite à manger est le reflet de la plaisanterie coutumière à l'asile; elle a la valeur d'une sorte de constellation d'idées permanente. Jusqu'ici l'enchaînement du discours est sensé.

A partir de cet instant le sujet en expérience déraisonne et dans la forme et dans le fond.

L'essai sur les animaux s'agrémente d'une affaire concomitante qui alors défraya beaucoup les cercles médicaux.

5. — Mais la proposition correcte relative au Dr X... contient une *inexactitude*. Le Dr X... a, comme chacun sait, y compris le sujet en expérience, propagé un bruit inexact sur le *Landesausschuss*, bruit qui d'ailleurs a été infirmé. Il y a donc en l'espèce *paralogie*.

6. — La *répétition* du mot *Landesausschuss* est une répétition par *adhérence*; elle tient à l'importance qu'a

ce mot dans la constellation des idées ; proposition grammaticalement correcte, sauf un bégaiement.

7. — A cela se joint, d'après la loi de *coexistence dans le temps*, le *souvenir* qu'une affaire de même ordre et simultanée a été l'objet de nombreuses discussions dans la presse ; un second souvenir s'y associe, celui qu'on a parlé de cette affaire dans l'assemblée des médecins ; diction correcte, texte sensé.

8. — Il est dit après que le conseiller aulique S... a à cette occasion prononcé un long discours ; ici encore proposition correcte au point de vue grammatical, mais la chose n'a qu'un rapport de *coexistence accessoire* avec le sujet car elle est *fausse*. Le conseiller aulique S... avait bien été inscrit au programme comme orateur, mais, contre toute attente, il s'est tu ; c'est une *nouvelle paralogie*, un *nouvel accroc à la vérité*. Bientôt il s'y joint une répétition verbigérative des verbes, dépourvue de sens par association d'une idée de contraste.

9. — La proposition suivante qui commence par « à la suite de quoi » se présente sous la forme d'une proposition attributive ou causale, correcte au point de vue grammatical ; elle emprunte son texte à un *pastiche par adhérence*. Elle constitue la diagonale de deux propositions antérieures, n'a pas de sens, émane simplement de la *contamination*, *de la fusion* des deux propositions en question.

10. — D'ailleurs voici de nouvelles *contaminations ou fusions d'idées*. Le sujet en expérience dit qu'on a défendu les étables aux gens ; c'est le fait de la fusion de deux propositions partielles relatives à un souvenir coexistant. On avait à cette époque défendu à un institut clinique d'avoir des étables ; l'orateur y intercale l'idée de l'essai sur les animaux qui résonne en lui et fusionne ensemble la défense en question, l'expérience sur les animaux, les étables.

11. — L'expression « *les oies bleues sont défendues* » est le résultat de la fusion de dénominations avec la prohibition adhérente en l'esprit. Il est parlé d'oies bleues par réminiscence de l'histoire suivante. Les adversaires des vivisections avaient dénoncé qu'à l'Institut pathologique de Vienne, les oies destinées aux expériences étaient marquées de bleu. Par coordina-

©BIUM



tion il se produit en sus une idée du même genre, et il est question d'oies vertes.

12. — C'est aussi par un mélange d'*adhérence et de fusion d'idées* que se produit la *défense de détenir des animaux dans les étables*. Il en est de même pour les propositions suivantes. La clinique installée à l'asile régional des aliénés de Vienne est en réalité exterritorialisée, on a le droit d'y pratiquer des vivisections. C'est un souvenir fondu avec la prohibition restée adhérente qui aboutit à la défense de détenir des animaux sur le territoire de la clinique, à moins qu'il ne s'agisse d'une association par contraste, étant donnée la correction de l'idée pleine de sens.

13. — Mais voici une *paralogie par fusion d'idées typique*. Le patient a évidemment eu l'esprit traversé par la translation qui fut faite des étables d'un endroit de l'asile sur le terrain de la clinique, conformément à des instructions reçues. Il s'y est enchevêtré une autre idée relative à une autre clinique dont les étables avaient été pour ainsi dire jetées à la rue. C'est par suite de cette fusion qu'il est parlé de « l'installation des étables sur la rue, devant la rue, devant la maison », avec verbigération de sur la rue.

Ce qui manque en résumé dans le débit précédent, c'est une *idée prédominante* commandant tout l'enchaînement. Si l'affaire de l'antivivisection demeure adhérente pendant le cours du débit, elle est impuissante à lui imprimer un ordre logique, à le faire aboutir à un but déterminé, parce qu'il lui manque, malgré sa tendance à adhérer, le caractère d'idée conductrice supérieure, caractère qui ne procède que du facteur attention et qui est en rapport avec l'impression sentimentale précise de l'idée. L'ensemble du débit n'est que chaos ; il y a pêle-mêle adhérence, verbigération, fuite d'idées mouvantes. A côté d'agrammatismes, on rencontre des fragments de propositions, voire des propositions entières correctement construites.

Onze autres expériences soigneusement phonographiées et analysées et treize expériences résumées fournissent le même résultat.

On y rencontre toujours un mélange d'idées fuyantes et d'idées adhérentes sans ordre, en même temps que

des associations par contraste et surtout par contamination ou fusion. Telles propositions sont correctes et d'un texte sensé, telles autres sont grammaticalement à demi correctes mais incomplètes et expriment des choses en tout ou partie dépourvues de sens ; telles autres enfin sont correctes mais défigurées par ci par là par des agrammatismes et trahissent l'adhérence ou la verbigération des hébéphréniques catatoniques. On se heurte encore à des enfilades de mots, syllabes, néologismes absurdes se répétant par adhérence ou verbigération, qui s'agrègent sans aucun rapport grammatical ou respectent péniblement la grammaire ; ils sont souvent intercalés dans un ensemble élocutif à demi ordonné. Que de mots ou syllabes isolés n'ont aucun rapport entre eux et constituent fréquemment de pures chevilles !

Ce langage correspondrait à la salade de mots des catatoniques, mélangé à de l'*Ideenflucht* et à de la stéréotypie. Il y a conservation de la tendance à la copulation grammaticale.

Il est à noter que les personnes les moins cultivées sont celles qui associent le mieux intérieurement leurs idées et conservent en parlant la diction la plus correcte, la plus conforme aux principes de l'école, mais qu'elles ont généralement une tendance plus marquée à la fiction.

II. — *Expériences sur les associations d'idées des déments précoces.* — La façon de procéder n'est plus la même. Il faut adresser au patient des questions et en attendre les réponses, ou proposer un mot bientôt suivi spontanément de vociférations assez longues. Il est impossible de phonographier ; on est réduit à sténographier.

Rapportons 3 expériences de l'auteur :

1re *expérience. — Un catatonique.*

Question. — Qu'est-ce qu'une île?

Réponse. — Une île est un théâtre, ah ! non ! une île à mon avis (suit un galimatias inintelligible), écrivez Martinique (il regarde l'opérateur écrire et le surveille).

*Commentaire.* — Ce malade comprend évidemment

©BIUM



le sens de la question; mais bientôt il est contaminé par la première idée qui lui est venue comme attribut. De là, par fusion, une série de paroles dépourvues de sens. Enfin, le voilà qui fusionne le nom d'une des Antilles avec l'impression sensorielle faite sur lui par la vue du médecin qui écrit.

3e *expérience. — Un hébéphrénique.*

QUESTION. — Qu'est-ce qu'un mammifère?

RÉPONSE. — C'est une vache, par exemple un accoucheur.

*Commentaire.* — Ce fusionnement est l'effet de l'association indirecte par coexistence avec l'idée d'engendrer des petits vivants; celle-ci se faufile dans la trame de la proposition de façon toute illogique.

6e *expérience. — Un hébéphrénique.*

QUESTION. — Un mammifère?

RÉPONSE. — Une histoire naturelle dans laquelle sont des insecticides (*Insektenpulver*), tigres, lions et cuirasses (*Panzer*) et où en général se trouvent, légumes, prairies, champs et agriculture et vie civilisée (*Kulturleben*), culture intellectuelle et civilisation politique (*Staatszivilisation*), qui vont du centre à la circonférence, intervention ou interpellation, segment de cercle ou base, dimensions ou droites de dimension.

QUESTION. — Qu'ai-je demandé?

RÉPONSE. — D'une manière générale ce qu'on comprend sous le nom de naturaliste, de mammifère, de conditions de la vie.

En tout, dix hébéphréniques et catatoniques examinés en détail de cette façon. Seize autres expériences résumées.

La comparaison de ces expériences avec les expériences précédentes montre encore le pêle-mêle d'*Ideenflucht* et d'adhérences. Partout encore absence d'une *conception supérieure* commandant aux autres idées, et, par suite, absence totale de construction logique dans la trame du débit de l'élocution.

Il serait éminemment plausible d'admettre que chez les hébéphrénico-catatoniques la confusion du langage

©BIUM



tient à l'absence d'attention. Chez ces malades les rapports de coordination entre la vie affective et la vie intellectuelle, c'est-à-dire entre le *thymopsuké* et le *noopsuké*, sont perdus ou relâchés. C'est le propre de la démence précoce ; l'idée ne s'accompagne pas d'une impression sentimentale ; il s'ensuit cette confusion du langage avec salade de mots et paralogie.

III. — *Expériences sur les associations d'idées dans la paranoïa.* — M. Stransky s'en tient aux cas chroniques dans lesquels il y a par moments des hallucinations sensorielles et qui sont caractérisés par le *développement d'un système fixe d'idées délirantes*, généralement sans trouble de la lucidité, sans confusion mentale, sans démence affective même quand le système délirant est déjà très dissocié. Naturellement il peut y avoir des épisodes intercurrents assez différents.

Ces délirants chroniques peuvent présenter, notamment au stade terminal, c'est-à-dire à la période de dissociation plus ou moins grande de leurs idées délirantes, une forme toute spéciale de confusion du langage.

Les longues dissertations de ces malades ont l'aspect de vociférations avec *Ideenflucht* ou de vociférations incohérentes, surtout quand elles sont en rapport avec le cercle des idées délirantes qui les intéressent le plus ou avec ce qui se rattache à ces idées préférées. Ces manifestations ont principalement lieu quand les patients sont, ce qui est le cas le plus habituel, en proie à un degré marqué d'agitation émotionnelle. Mais ce n'est que de la pseudo-*Ideenflucht*, de la pseudo-incohérence.

On y trouve, en effet, une *conception prédominante supérieure* qui reste invariable. Le désordre confus tient à ce que le délirant chronique s'efforce de placer dans son système très étendu, sans souci de sa valeur et de sa cohésion, toute idée, toute impression sensorielle qui lui arrive, et parfois avec une rapidité exorbitante. La conception prévalente reste évidemment dominante en tant qu'idée supérieure commandant à un long enchaînement de conceptions, du début jusqu'à la fin ; mais, sous sa domination, chacune des idées directrices de deuxième et troisième ordre se presse l'une sur l'autre, à raison de la rapidité avec laquelle elles font irruption, de sorte que dans le débit de l'élocution elles

©BIUM



paraissent agrégées comme si elles procédaient de l'*Ideenflucht* ou même de l'incohérence, comme s'il n'existait entre elles aucune espèce de connexion.

Voici, par exemple, un type de délire chronique datant de quelques années. Une dame, atteinte à l'époque de la ménopause, manifeste depuis pas mal de temps un système délirant fort étendu, déjà fort difficile à comprendre, d'idées de persécution relatives à sa personne et de grandeur. Sous l'influence d'hallucinations nombreuses, elle se croit empoisonnée ou soumise à d'autres agressions. Elle se considère comme la maîtresse de la maison ; elle déduit cette idée de tout ce qui vient s'emboîter dans son horizon mental. Pas trace de démence morale ; intégrité de la vie affective ; elle est souvent très émotive. Tchèque de naissance, elle parle encore l'allemand avec un accent tchèque très accusé.

Il est curieux de voir comment elle justifie en deux minutes (durée de l'expérience) l'idée qu'elle est la maîtresse de la maison. Le phonogramme qu'a pu en prendre M. Stransky témoigne, abstraction faite des nombreux slavismes, d'un radotage incohérent très touffu. Elle entasse preuves sur preuves. Elle déduit sa prétention des numéros des chambres de l'asile, des noms des infirmières, de n'importe quel événement interprété à sa façon, d'une foule d'autres choses agrégées sans ordre, amalgamées paranoïquement à des incidents, exercices intérieurs et personnages de l'établissement. Entre temps, elle se répand en injures vigoureuses contre les tortures physiques qu'elle endure et qu'elle ne tolèrera plus. Ces membres épars de sa phraséologie émanent de l'idée prévalente ; « je juge d'après tout cela que je suis la maîtresse de la maison ». Tel est l'élément conducteur.

Reproduisons un *sténogramme* de la même malade sur ce sujet.

Donc M. le Dr, je vous ai dit que je me suis il y a 40 ans, acheté deux livres, et ces livres ont eu le numéro 14, comme mon habitation, et cette maison a aussi le numéro 14, n'est-il pas vrai? La couleur n'est pas non plus la conséquence, ce n'est qu'un tout ainsi combiné ; les gens font tout imputer à mon nom et ici au 12 (quartier) il y a $2 \times 11 = 22$, et c'est ainsi

©BIUM



qu'il m'ont toujours d'abord envisagée, et Hassel (fils de la malade) est aussi combiné de mes vêtements et tout est par moi distribué.

Nous trouvons là la même catégorie de diction confuse qui ne se peut comprendre que par les idées délirantes par lesquelles la malade rapporte tout à elle. On n'y rencontre point (slavismes à part) de contaminations ou fusions d'idées, ni de constructions paralogiques.

L'élocution de ces paranoïques est difficile à comprendre parce que pour l'interpréter il faut l'intervention du médecin familiarisé avec leur système de délire. Nombre de leurs paraphrasies tiennent en somme à ces fausses *Ideenflucht* et à ces fausses incohérences.

## Malformation congénitale unilatérale de la face chez un idiot épileptique,

par MM. HAMEL et WAHL.

Le cas dont il s'agit est celui d'un jeune idiot atteint de crises d'épilepsie et présentant une malformation hypertrophique congénitale de tout un côté de la face que nous croyons devoir signaler en raison de la rareté de ce phénomène tératologique.

Le jeune G..., Charles, est actuellement dans sa onzième année : ses antécédents de famille nous apprennent que le père a fait quelques excès de boisson et que deux oncles du côté paternel sont morts d'affections cérébrales. Rien de particulier dans la famille maternelle. Il est le troisième de cinq enfants, il est le seul de la famille qui présente des troubles névropathiques. Il paraît que pendant qu'elle était enceinte du jeune Charles, la mère aurait été malade à la suite d'une peur ; il n'y aurait pas eu de traumatisme grave pendant la grossesse. L'accouchement aurait été difficile : le bras resta procident et la tête ne put se dégager pendant douze heures. C'est alors que le médecin appelé par la sage-femme pratiqua une version qui termina l'accouchement.

L'enfant est né avec la difformité céphalique qu'il présente encore actuellement et qui ne s'est accrue que proportionnellement au développement total de l'individu. Le bras qui fut

©BIUM



tuméfié dans les premiers temps de la naissance est aujourd'hui normal : pas d'autres anomalies congénitales chez notre sujet. Nourri au sein, il tétait volontiers, mais ne donna jamais aucun signe d'intelligence, n'a commencé à parler qu'à l'âge de sept ans ; son vocabulaire est fort peu étendu et réduit à quelques mots rudimentaires : dit papa, maman et sait les noms de ses frères. Il n'a marché qu'à trois ans et demi et traîne encore aujourd'hui les jambes en marchant, mais ne présente pas de paralysie spinale. N'est pas gâteux, bien qu'il urine parfois involontairement. Il a eu une otite suppurée du côté gauche l'an dernier. Pas de maladies aiguës de l'enfance.

Depuis huit jours après sa naissance, il est sujet à des crises épileptiformes qui répondent à la description classique et sont suivies d'une période d'abattement de quelques heures. Ces crises se succèdent à intervalles irréguliers. Souvent aussi et sans motif, l'enfant a de violentes colères au cours desquelles il frappait ses frères.

Le corps de l'enfant est bien conformé et représente celui d'un enfant normal de cet âge ; aucune atrophie musculaire, aucune malformation des membres ; la tête seule présente de nombreuses anomalies qui font le principal l'objet de cette observation. Il y a une hypertrophie considérable de toute la joue gauche, depuis et y compris l'arcade zygomatique jusqu'au menton. La joue est énorme, globuleuse, empâtée, donnant la sensation au toucher d'un tissu lardacé. Cette hypertrophie déforme complètement la face du côté atteint ; la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-jacent, probablement aussi les glandes de la région, les muscles, les maxillaires, les dents, la muqueuse, tous les plans de la région participent à cette hypertrophie ; la langue également présente une hypertrophie du même côté, tant par ses muscles que par son revêtement muqueux et par ses diverses papilles dans toute la portion antérieure au V lingual.

Le crâne, un peu plus volumineux que la normale, est dolichocéphale. Il paraît y avoir du côté atteint, une lésion hypertrophique du frontal et du pariétal, qui sont légèrement surélevés au niveau de la ligne médiane, mais sans qu'il y ait de déformation spéciale ; pas de persistance des fontanelles.

A noter sur le pariétal gauche, au voisinage de la suture sagittale, un peu en arrière du lambda, un renflement osseux de consistance très dure, de la grosseur d'une pièce de deux francs et d'une forme ovalaire.

L'oreille gauche n'a pas d'empâtement spécial, mais est de 2 centimètres plus longue que celle du côté sain.

Enfin il existe sur la ligne médiane du front et disséminées

en travers sur la joue malade des végétations épithéliales de couleur foncée ; elles existent également au cou, sur une longueur de plusieurs centimètres sur la ligne médiane et empiètent du côté atteint.

Le diagnostic clinique ne semble pas douteux : nous sommes en présence d'un idiot de naissance avec crises épileptiformes ; un point reste difficile à préciser : y a-t-il ou non hydrocéphalie concomitante ? Rien ne permet de le nier, mais rien non plus ne nous autorise à affirmer cette particularité.

L'idiotie n'est pas seulement une absence plus ou moins complète de l'intelligence, c'est aussi un syndrome dans lequel les anomalies physiques très apparentes jouent un rôle de premier ordre : ces divers troubles sont facteurs de lésions anatomo-pathologiques variables dans chaque cas particulier, mais relativement faciles à constater à l'examen nécroscopique, soit simplement à la vue, soit au microscope ; ces lésions établissent une démarcation entre l'idiotie où elles sont constantes et l'imbécillité où on ne les rencontre pas.

Elles peuvent être acquises après la naissance ou remonter à une période plus ou moins ancienne de la gestation. Dans ce dernier cas elles peuvent appartenir aussi bien aux maladies du fœtus qu'aux troubles tératologiques du développement. Le cas que nous présentons aujourd'hui appartient très probablement à ce dernier groupe. Les malformations les plus communes de cette région relèvent en général de la persistance des arcs branchiaux ou du défaut de coalescence des divers bourgeons qui par leur réunion formeront la face : chez notre sujet rien de pareil ; mais il existe une hypertrophie de toute la partie gauche de la face qu'il s'agit d'interpréter.

On pourrait à la rigueur penser soit à un trouble vaso-moteur persistant de cette région anatomique ayant amené une hyperplasie ; cette opinion ne saurait résister à l'examen, car la zone hypertrophiée ne correspond ni à la distribution ni à un territoire nerveux moteur (facial ou branche masticatrice du trijumeau), ni à l'aire de distribution d'un tronc artériel

©BIUM



(carotide externe ou l'une de ces branches) ; tandis qu'elle répond d'une façon complète à l'ensemble des parties dont le développement se fait au moyen des divers bourgeons maxillaires (arc maxillaire supérieur, arc maxillaire inférieur et tubercule impair de His, origine de la langue).

Il semble donc que cette anomalie doive être rapportée à une époque assez ancienne du développement, postérieure cependant à la neuvième semaine, époque de la coalescence des diverses portions de la bouche ; c'est avant tout une hyperplasie des zones mésodermiques avec participation de diverses portions de l'ectoderme et de l'endoderme (peau, tissu cellulo-graisseux, muqueuse linguale).

En effet, il n'y a lieu de songer à aucune des malformations limitées kystiques ou autres que l'on rencontre quelquefois à la face et si souvent au cou. C'est une hyperplasie d'une région anatomique entière, non pas de celles que l'on isole artificiellement pour les besoins de l'anatomie topographique et de la chirurgie clinique, mais de celles qui sont établies par le développement phylogénétique lui-même et dont nous pouvons connaître aujourd'hui l'étendue, grâce au travaux de Costes et de His.

Cependant force nous est bien d'avouer que ce qui précède ne saurait nous servir à interpréter cette zone dure que nous avons signalée près de la suture sagittale. S'agit-il d'un os wormien ou d'une hyperostose congénitale ? Nous n'avons rien qui nous permette de faire le diagnostic différentiel.

Il est d'ailleurs bien évident que ce qui précède n'éclaire pas non plus les causes de l'idiotie de notre sujet, qui restent obscures ; l'épilepsie serait-elle en relation avec ce renflement du pariétal, que nous n'avons pu interpréter et qui viendrait comprimer la zone rolandienne ? cela est possible, mais non certain.

Cette malformation est en somme d'une interprétation difficile ; elle nous a semblé intéressante au plus haut point en raison de sa rareté ; nous n'avons trouvé aucun cas de ce genre dans les traités classiques de tératologie et de chirurgie : le cas clinique lui-même, idiotie avec épilepsie concomitante, est banal et clas-

sique ; seuls les troubles de développement méritent d'être mis en relief, et c'est pourquoi nous les communiquons à la Société.

## Aphasie dans la tuberculose.

Par M. L. PRON

A. M..., vingt-deux ans, fils unique. Aucun antécédent particulier, héréditaire ni personnel, si ce n'est l'âge avancé des parents, qui d'ailleurs se portent bien.

En mai 1903, il éprouve à la fesse et à la hanche droites une douleur qui augmente par la marche et disparaît par le séjour au lit ; il boite légèrement. Il n'y a pas de douleur provoquée par le choc du talon ou du genou ; la fesse est aplatie et le pli fessier abaissé ; le diagnostic probable est coxalgie.

Le malade est mis au repos, au régime carné et aux glycérophosphates ; on fait de la révulsion par des applications fréquentes de pointes de feu. Le sujet a fort bon appétit, il prend rapidement de l'embonpoint et présente un état général parfait en apparence.

La situation se maintient ainsi pendant quelques mois ; il n'y a ni toux, ni aucun signe pulmonaire.

En octobre, la hanche va beaucoup mieux. Mais alors apparaît un mal de gorge léger, avec picotements et enrouement ; l'examen du pharynx ne décèle rien, l'examen laryncoscopique n'a pu être fait. On prescrit des badigeonnages à l'acide lactique et des fumigations à la teinture d'eucalyptus, qui ne sont suivies d'aucun résultat. La voix se voile davantage, la déglutition est pénible et l'appétit, jusque-là excellent, s'en va, malgré tous les médicaments essayés en vue de le relever.

En même temps, se montre une petite toux rare et le malade maigrit rapidement.

En novembre, l'aphonie est complète. La percussion indique une submatité du sommet gauche en avant et du sommet droit en arrière et l'auscultation laisse à peine percevoir de rares craquements aux deux sommets.

Les lésions progressent très lentement ; en janvier la

©BIUM



submatité a peu augmenté et les râles humides sont rares; mais le malade, qui ne peut pas se nourrir, est dans un état de faiblesse prononcé.

C'est à ce moment qu'apparaît l'aphasie. Le 21 janvier, le malade se réveille avec un air hébété, qu'on ne lui connaissait pas; il ne dit rien à ses parents et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. La mère raconte que la veille, après quelques petits sommeils dans son fauteuil, il était déjà comme étourdi. Le 22, on lui demande ce qu'il éprouve, il ne répond pas. On lui montre une boîte d'allumettes, en lui demandant ce que c'est; il cherche et finit par dire que le mot ne lui vient pas. On ouvre alors la boîte et il dit bien : allumettes. On lui demande de lire; il le fait avec hésitation, mais d'une façon satisfaisante. Aux questions qu'on lui pose, il répond par oui ou non, plutôt que par phrases.

Le 24, il ne répond pas, quand on lui dit bonjour et qu'on lui demande de ses nouvelles. Il peut pourtant écrire correctement l'adresse d'un ami, auquel il envoie sa carte.

Les jours suivants, le vocabulaire se borne à dire : oui, et à faire le signe de tête : non. On lui demande de tirer la langue, il ouvre seulement la bouche; il faut insister beaucoup et lui montrer par l'exemple ce qu'il doit faire. Le 26, on lui demande s'il a mangé à midi telle gourmandise; comme réponse, il dit à plusieurs reprises : midi, midi, midi... Le 27, son père remonte de la cave une bouteille de vin, en disant : « Ce vin ne vaut rien, nous le boirons et tu en auras d'autre. » Au repas suivant, le malade se met à répéter de sa voix aphone : mais oui, mais oui... Ses parents ne comprenaient pas ce qu'il voulait dire; enfin, ils pensent à la bouteille, la lui montrent et lui demandent; s'il veut leur dire de la boire; il répond : oui.

Le 28, il dessine avec le bout du doigt, sur la paume de sa main, de petits ronds. Sa mère se demande ce qu'il veut dire par là; il persiste, alors sa mère pense à des pastilles de réglisse, qu'il a, depuis plusieurs jours, sur sa table de nuit; elles les lui apporte, c'était ce qu'il désirait.

Le 29, il est impossible de lui faire ouvrir la bouche

©BIUM



et tirer la langue, même en lui montrant ce qu'on demande de lui. Il serre la main, mais ne répond d'aucune manière à aucune question ; il paraît pourtant comprendre une grande partie de ce qu'on lui dit.

Quelques jours après, le malade s'éteint dans un état cachectique complet.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-D. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ITALIENS

### Rivista mensile di psichiatria forense, antropologia criminale e scienze affini.

ANNÉE 1903.

I. — *Pages rétrospectives : la peine de mort à Florence de 1328 à 1759*; par Penta (numéro de janvier). — L'auteur, adversaire déclaré de la peine de mort, insiste sur son inutilité, même comme moyen d'intimidation. Il flétrit en termes éloquents les rigueurs des anciens tribunaux dans les crimes de fausse monnaie. Il insiste sur la fréquence des condamnations capitales en matière politique qui atteignait près du quart du nombre total des exécutions. Mais voici qui est plus intéressant, le Dr Penta montre l'évolution qu'ont subies les notions de pénalité dans les crimes contre les personnes : primitivement l'adultère considéré comme une sorte de vol commis au préjudice du mari était puni de mort; les coups, les blessures et même l'assassinat, lorsqu'ils n'étaient pas punis par le talion, admettaient la compensation (*Wehrgeld*). C'était la réparation du dommage fait à la tribu, ou à la famille. Autre remarque intéressante : pendant la période considérée, les accusées d'adultère et d'infanticide appartenaient pour la plupart aux classes élevées de la population florentine plus corrompues que le peuple. La lecture du Décaméron nous avait déjà fait pressentir cette appréciation.

II. — *Sur le sens du changement. Contribution à la connaissance des troubles psychiques élémentaires qui précèdent et préparent la paranoïa*; par le Dr di Lüzenberger (numéro de janvier). — On observe très fréquemment, au début du délire des persécutions, une inquiétude très grande que domine un vague sentiment de changement de l'ambiance et une hostilité sourde du voisinage: le malade croit qu'on se détourne de lui avec mépris, qu'on prononce sur son compte des paroles désobligeantes d'un ton singulier. C'est l'analogue de ce que M. Magnan a signalé de-

©BIUM



puis longtemps au début de la psychose systématisée progressive; mais ce qui est intéressant et ce qu'a bien montré par des exemples le Dr di Lüzenberger, c'est que ce stade peut constituer à lui seul toute la maladie et que la guérison peut se produire plus ou moins rapidement, il peut d'ailleurs il y avoir des récidives. Parfois cet état cénesthésique se relie à des particularités de la vie sexuelle de la jeunesse : tel ce jeune homme qui, au moment de se marier, croit que tout est changé autour de lui et s'imagine que sa fiancée ne veut plus de lui, parce qu'elle a appris qu'il s'était livré à la pédérastie dans sa prime jeunesse et qu'il doit porter cela sur son visage. Depuis quinze ans aucun changement dans cet état mental que l'auteur considère comme étant de nature affective. En effet, si l'on en croit les théories de Hoffding et Volkek, la reconnaissance résulte moins de la netteté des images-souvenirs que d'un sentiment complexe de déjà vu : une sorte de conscience des modifications cellulaires de notre organisme; il se ramène par conséquent à une émotion. Or, pour di Lüzenberger, le sens du changement est l'antagoniste de celui de la reconnaissance, il est donc de même nature. L'auteur en donne pour preuve le fait suivant : il sait qu'il va de nouveau être atteint d'une crise d'hémicranie héréditaire dont il est atteint lorsqu'il voit « différemment » de l'œil gauche, qu'il éprouve une sensation spéciale dc cet œil. Pour Freud et di Lüzenberger cette sensation particulière de changement du monde extérieur peut avoir pour origine un trauma psychique qui n'est pas nécessairement d'origine sexuelle, mais qui revêt toujours un caractère émotif et qui est bien souvent un trouble élémentaire qui prépare la paranoïa dont il n'est pas d'ailleurs l'antécédent obligé.

III. — *L'ossuaire de l'Annunziata de Naples*; par di Blasio (numéros de janvier-mars 1903). — Deux seigneurs longtemps prisonniers, les frères N. et G. Sconditi, fondèrent dans la première moitié du XIVe siècle, un vaste hôpital dédié à Sainte-Marie de l'Annonciation, qui ne fut définitivement fermé qu'au XIXe siècle. Tout récemment, à la suite d'importants travaux de voirie effectués à Naples, on découvrit sur l'emplacement des dépendances de cet établissement un vaste ossuaire dont on a extrait plus de sept cents squelettes plus ou moins complets, parmi lesquels ceux d'un grand nombre d'enfants.

A ce propos, le Pr di Blasio fait un long historique de cet hôpital, que nous ne pouvons analyser que très brièvement et qui nous montre que dès le moyen âge Naples hospitalisait lar-

©BIUM



gement les marins de toutes les nations tombés malades dans son vaste port; « on n'y laissait personne dans la rue ». Le professeur di Blasio a étudié cent crânes provenant de l'ossuaire, cinquante hommes et cinquante femmes, au point de vue anthropologique; nous renvoyons au mémoire original pour les résultats de ses investigations, nous nous contenterons de signaler la présence de crânes africains, 5 p. 100, et de formes pélasgiques, 19 p. 100; la moyenne des sujets est mésaticéphale. Di Blasio suit d'ailleurs la nomenclature de Sergi sur laquelle nous aurons occasion de revenir et qui est basée sur la *norma verticalis* de Blumenbach.

IV. — *Sur la délinquence militaire*; par le Dr Ph. Saporito (numéros de janvier-mars). — C'est la dernière partie d'un très long travail dont le commencement a été publié dans le cours de 1902. Saporito, au point où nous commençons à le résumer, rappelle qu'en Italie comme en France, jamais on ne consulte de médecin dans les accusations contre la discipline (Granjux) et qu'on a vu parfois des condamnations malgré l'avis d'un médecin (affaire Misdea rapportée par Lombroso). Là, plus qu'ailleurs, on se heurte à un misonéisme absolu. Aujourd'hui, en Italie, cette situation s'est améliorée par suite de la création d'un manicome criminel d'Etat.

Mais il est deux remèdes plus efficaces que l'on devrait bien employer : 1° éliminer les détraqués de l'armée; 2° les empêcher d'y entrer. Or, pour arriver à une appréciation exacte d'un état mental, il faut avoir étudié dans un manicome; c'est pourquoi le médecin militaire devrait pendant son séjour à l'Ecole d'application suivre un cours spécial de clinique mentale professé dans un asile (Limoncelli).

En France comme en Italie, bien rares sont les médecins de l'armée qui connaissent même superficiellement les aliénés. Mais en attendant que cette institution nouvelle ait porté ses fruits, il faudrait créer des corps francs spécialement organisés pour recueillir ces épaves sociales, car on ne peut, malgré l'avis de Cognetti, les interner tous dans un manicome spécial; le mieux serait peut-être d'éliminer ces « microbes sociaux »; et de même qu'on exempte après examen pour inaptitude physique, on devrait le faire pour inaptitude mentale, non seulement, comme cela existe d'après les règlements actuels, « ceux qui sont atteints de formes mentales caractérisées, qui sont ou ont été internés », mais tous ceux qui sont dans « la zone mitoyenne », sur « les frontières de la folie ».

©BIUM



D'après Fregario, devant le conseil de revision chaque recrue devrait être accompagnée d'un *curriculum vitæ* avec l'exposé de ses antécédents ; le document pourrait être vérifié par les médecins officiels, l'autorité sanitaire de la province et même des médecins militaires désignés. Le conseil aurait d'ailleurs la faculté de pouvoir faire mettre le sujet en observation, et tous ceux chez lesquels des présomptions très sérieuses existeraient devraient être exemptés. Les cas douteux ne seraient pas admis à bénéficier des mêmes avantages, pour éviter l'arbitraire.

Il y aurait à craindre les simulateurs ; mais outre qu'il est souvent facile de les dépister, rares sont ceux qui acceptent d'être regardés comme fous, et on sait que bien rares sont les simulateurs qui ne sont pas des détraqués. Plus fréquents seraient les cas de dissimulation ; mais le milieu spécial militaire modifie les individus les plus « adaptables » au milieu social et aussi fait saillir des défauts de caractère qui passeraient inaperçus dans la vie civile. En résumé, les délinquants, dans l'armée comme ailleurs, sont ceux qui ne peuvent s'adapter au milieu ambiant ; il n'y a pas de crimes militaires, il n'y a que des crimes chez les militaires. Le soldat moderne est le soutien de l'ordre social moderne ; ne pas s'adapter à cette existence est un signe de dégénérescence. Le travail de Saporito est accompagné de très intéressantes observations à l'appui de son opinion ; il signale de nombreuses erreurs judiciaires, telle celle relative à un nommé Magri qui, atteint de délire systématisé de persécution d'origine hallucinatoire, fut condamné à l'emprisonnement cellulaire perpétuel.

V. — *Un nouvel anthropomètre* ; par di Blasio (numéro de janvier). — Appareil extrêmement ingénieux qui permet, par un dispositif spécial assez économique et peu compliqué, d'obtenir rapidement la mesure de la taille, du buste, de l'envergure, de la longueur de l'avant-bras droit et du doigt index d'un sujet. Cet instrument peut rendre les plus grands services, soit dans un laboratoire, soit dans les recherches relatives au recrutement ou à l'anthropologie criminelle ; il est certainement beaucoup plus rapide que la méthode actuellement en usage, tout en conservant toute l'exactitude désirable.

VI. — *Rapport médico-légal sur l'état mental du prêtre Pierre-Paul Potenza, accusé de double assassinat* ; par le Dr Penta (numéros de mars, avril, mai, juillet, août, septembre). — Très long et très intéressant rapport sur une cause célèbre. Ce prêtre, dont les antécédents héréditaires n'avaient

©BIUM



rien de remarquable avait montré dès sa jeunesse une excitabilité génésique extrême qu'il était obligé, dès le séminaire, de calmer par des médications appropriées. Sombre et renfermé, il était peu aimé de ses camarades et on prétend même qu'il aurait entretenu de coupables relations avec sa propre mère et avec sa sœur aînée. Quoi qu'il en soit, dès l'âge de vingt-neuf ans, il avait été condamné pour outrages sur la personne d'une fille publique de laquelle il réclamait des manœuvres lubriques extraordinaires, et sur son refus il s'était mis à la frapper. Depuis lors il fut condamné pour des faits analogues, pour outrages à la pudeur et excitation de mineurs des deux sexes à la débauche. D'ailleurs il voyagea beaucoup à plusieurs reprises en Italie, en France, au Brésil, et plusieurs fois on perd sa trace : on a saisi chez lui un passeport où il est désigné comme exerçant la profession de peintre en bâtiments, ce qui semble indiquer qu'il abandonna parfois l'habit ecclésiastique.

Au cours de ses aventures, une cour d'appel lui accorda le bénéfice de la responsabilité partielle dans une affaire d'outrage à un fonctionnaire public dans l'exercice de ses fonctions. L'enquête démontra également que Potenza avait été soigné pour un rétrécissement blennorragique et pour des accidents syphilitiques. Un an environ avant le crime, ce prêtre entra comme locataire dans la maison d'une dame Orlando, veuve d'un fonctionnaire, qui vivait seule avec un petit garçon, Jean, âgé de neuf ans. Cette personne, de mœurs absolument irréprochables, jeune encore, avait préféré louer à un ecclésiastique d'un certain âge (cinquante-six ans) qu'à tout autre, espérant ainsi éviter les sous-entendus du voisinage. Mais Potenza n'était pas entré dans le logement, qu'il poursuivit M^me^ Orlando de ses assiduités, sans résultat d'ailleurs, et devint bientôt tellement importun qu'on dut lui signifier congé et qu'il fut nécessaire d'avoir recours à l'intervention d'un magistrat pour le décider à sortir de son logement. Depuis lors, tout en continuant à poursuivre la jeune veuve de ses importunités, il répandait contre elle les calomnies les plus invraisemblables; il la suivait partout, en proférant contre elle des menaces, de telle sorte que M^me^ Orlando n'osait plus sortir de chez elle. Un beau soir de décembre, à 2 h. 1/2, cette dame se trouvait dans la rue avec son fils Jean et un petit camarade de ce dernier. Brusquement le prêtre s'approcha d'elle et, sans dire un mot, la tua d'un coup de revolver; l'infortuné Jean subit le même sort, l'autre enfant ne dut son salut qu'à l'intervention

©BIUM



des passants, qui arrêtèrent le prêtre et le remirent à la police. Interrogé par le préteur, il répondit qu'un jour qu'il avait laissé sa porte ouverte, la veuve Orlando dont il était alors le locataire, avait pénétré chez lui et lui avait dérobé 600 francs ; qu'une autre fois elle l'avait chloroformisé, qu'elle l'avait fait sodomiser par un chien et ensuite que le jeune Jean avait « introduit son bras dans son rectum ». Que depuis lors, chaque fois que sa victime le croisait das la rue, elle lui disait : « Et le chien? » C'est pourquoi il avait déménagé et ne sortait plus.

Potenza ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence, mais il est d'une insensibilité morale absolue ; impossible de l'émouvoir en lui parlant de son enfance, de sa famille, de son pays et il n'a aucun regret de son acte ; il écrit à son avocat : « Grâce à moi, la justice divine a triomphé ; grâce à vous, la justice humaine triomphera. » Il a conscience non de la gravité de son acte, mais des conséquences qu'il peut avoir, et tantôt il cherche à transformer son crime en attentat passionnel, tantôt il invoque le bénéfice de l'ivresse ou de la folie. En somme, c'est un délirant dégénéré et irresponsable dont la place est toute marquée dans un asile pour aliénés criminels ; comme le remarque l'auteur, la demi-responsabilité qu'un tribunal lui a attribuée n'a fait que le pousser davantage au crime.

VII. — *Sur la mesure de la capacité cranienne par la méthode de Broca* ; par le Dr Mochi (numéro de mars). — Résumé d'une communication faite par l'auteur à la Société italienne d'anthropologie, le 2 décembre 1899. La méthode de Broca reste supérieure à toutes les autres, elle est la plus exacte et la plus comparable dans ses résultats. Adoptée non seulement en France et en Belgique, elle l'est également en Espagne et en Russie et parfois en Italie, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Elle n'est cependant pas parfaite. Après en avoir rapporté la technique telle qu'on la trouve exposée dans le manuel de Topinard (p. 229, 1re édition), l'auteur remarque qu'elle ne laisse rien à l'arbitraire ; mais il objecte que la proportion remplie par le premier litre de plomb varie suivant la capacité du crâne, en moyenne de 66 p. 100 ; elle peut atteindre de 91 p. 100 (crânes petits de 1.100 centimètres cubes) à 55 p. 100 (crânes de 1800 centimètres cubes), d'où la possibilité d'une erreur d'autant plus grande en plus ou en moins qu'on s'éloigne du type moyen. C'est pourquoi Mochi propose d'employer, au

©BIUM



lieu d'un litre de plomb de chasse n° 8, un volume de ce corps égal aux deux tiers de la capacité approximative du crâne que l'on étudie.

VIII. — *L'albinisme à Naples*; par di Blasio (numéro de mai). — L'albinos napolitain est un être privilégié; heureuse la famille qui le possède, car il préserve du mauvais œil, de la misère et de la maladie; il délivre les enfants des vers et des convulsions. Pareille légende existe-t-elle dans le reste de l'Italie? Les préjugés varient suivant les pays; considéré par certains peuples comme un être malfaisant, il est au contraire considéré comme un bon génie par certains autres; on en trouve à la cour de certains souverains de pays relativement civilisés (Batavia, etc.). Comparez, dit l'auteur, la vénération des brahmines pour l'éléphant blanc.

Pour de Humboldt, la fréquence de l'albinisme est en raison inverse de la teinte foncée de la peau normale des habitants de la région. Très fréquent par conséquent chez les noirs. Les albinos forment-ils une espèce spéciale? Ou tout au moins peuvent-ils former des peuplades particulières? Oui pour Pline, de Cossigny, Topinard, Fleuriot de l'Angle, Jefferson. Au contraire, Arceolo rejette cette opinion. En Italie, sur 3.117.536 individus observés, on a trouvé 65 hommes, 40 femmes et 5 enfants sans désignation de sexes, affectés d'albinisme, soit environ 1 pour 29.000 habitants (Raseri).

Les causes qu'on assigne à l'albinisme sont le climat, la misère, la consanguinité, l'atavisme, l'hérédité, la malaria, la tuberculose et la gémellarité. Les cas d'hérédité similaire sont assez rares (di Blasio). Pour Hovelacque, l'albinisme est un simple défaut de pigmentation; pour I.-G. Saint-Hilaire, c'est un arrêt de développement; pour Fenizia, l'albinisme est une variation chromatique susceptible d'être transmise par hérédité sans aucune maladie dont on puisse la considérer comme conséquence immédiate. Pour di Blasio, la pathologie et la bactériologie peuvent seules résoudre la question de la formation et de la destruction du pigment. La couleur de l'albinos n'est d'ailleurs pas celle des races blanches; histologiquement il y a absence de pigment. Les cheveux et les poils sont décolorés; l'œil, analogue à celui du lapin blanc, manque de pigment choroïdien et iridien; photophobie et héliophobie intenses (G. Saint-Hilaire). Constitution débile, masturbation, rachitisme, nombreuses anomalies de développement, maladresse de la marche par suite de la faiblesse de la vue. Taille et poids faibles. La capacité cra-

©BIUM



nienne, calculée d'après la méthode de Marinda, est petite (1336 en moyenne); l'indice céphalique est de 82,27 chez l'homme et de 82,42 chez la femme, supérieure à la moyenne des Napolitains normaux. La plupart meurent jeunes ; sur 31, 2 seulement atteignirent la quarantaine. Les femmes sont fécondes, mais les hommes trouvent difficilement à se marier; la sensibilité au toucher est diminuée, les autres modes du tact sont normaux. L'intelligence est paresseuse en général; cependant di Blasio en cite d'une intelligence supérieure, mais c'est l'exception. Enfin, l'auteur en signale deux qui ont été condamnés comme faux monnayeurs ; l'un d'eux a simulé l'épilepsie.

IX. — *Les variétés humaines d'Irpinia* ; par Mastrocinque (numéro de mai). — L'auteur a pu examiner, à l'Institut anthropologique de Naples, cinquante-neuf crânes normaux, provenant de l'ancienne province d'Avellano. L'auteur suit la classification de Sergi, basé sur la *norma verticalis*, car Mantegazza a montré que la classification, généralement adoptée depuis Broca, ne permet pas de déterminer les races. Nous ne le suivrons pas dans l'étude des crânes qu'il considère, car c'est une suite de détails qui ne souffrent pas l'analyse et qui ne valent que par leur précision : nous nous contenterons de résumer les conclusions : Les Irpiniens n'étaient pas des aborigènes, mais une tribu de Samnites ou de Sabins, qui se substituèrent aux Osques, successeurs eux-mêmes des Pélasges. Mais, avant les Pélasges, quelles sont les nations qui importèrent en Italie la civilisation? Deux opinions. Pour les uns, ce furent les Aryens qui, venus de l'Asie, apportèrent les premiers éléments de la culture et de l'élève des animaux, chassèrent devant eux les derniers représentants de l'époque paléolithique ou se fondirent avec eux; Perrot et Chipiez ont démontré l'impossibilité d'une telle invasion.

Pour Sergi, ce sont des Eurafricains, originaires du Somaliland, qui s'éloignèrent de l'équateur et gagnèrent l'Europe par les isthmes qui unissaient alors la Sicile et l'Espagne à l'Afrique. Il se répandirent un peu, ils étaient dolichocéphales, comme l'étaient les Néanderthals. Les indigènes qu'ils ne soumirent pas émigrèrent, d'autres se fondirent avec eux: ce qui le prouve, c'est que de temps à autre reparaît de nos jours le type de l'homme contemporain du grand ours antérieur à l'invasion dont nous parlons. L'anthropologie montre donc la fréquence, à Irpinia, des races eurafricaines qui, de temps immémorial, peuplent notre continent et présentent seules les

©BIUM



anomalies des races nègres. Rares sont les formes craniennes cuboïdes, sphéroïdes et sphénoïdes, que Mastrocinque regarde comme des restes des Longobards ou Lombards, qui occupèrent longtemps cette région. Des recherches ultérieures montreront si ces Lombards étaient de race pure ou mélangés à des Bavarois, des Bulgares, des Gépides, des Suèves et des Saxons. Ce qui semble prouver l'importance de ces éléments ethniques, c'est la fréquence des individus à cheveux blonds et à yeux bleus dans les provinces d'Avellino et de Bénévent.

X. — *Au centre de l'Afrique. Rapport médico-légal sur un cas d'empoisonnement supposé*; par le Dr Lévi-Bianchini (numéro de juillet). — La scène se passe à Lusanbo, Etat libre du Congo, chez les sauvages anthropophages où l'auteur était médecin, et qui ne savent pas distinguer et nommer la couleur verte, ignorent les lettres *x*, *v*, *z*, n'ont aucune religion, sauf un vague respect pour les morts et pour la lune. Ils sont divisés en tribus et sous-tribus, que gouvernent tantôt des patriarches, tantôt des matriarches. On trouve chez eux la syphilis, la variole, la blennorragie et différents ulcères qu'ils traitent par des végétaux. Lorsqu'un de ces sauvages meurt à la suite d'une maladie, on accuse un sorcier ou un empoisonneur, contre lequel on requiert l'épreuve du poison. Le 8 juillet, une fillette de douze ans, de la tribu de Battetelas, est prise, le soir, de fièvre, vomissements, délire psychique et moteur, et meurt quatre jours après. On lui avait administré des décoctions de certaines écorces et d'herbes indigènes. Le père accuse d'empoisonnement un de ses voisins, avec lequel il avait eu des démêlés. Le corps de la pauvre enfant ne présentait aucune trace d'empoisonnement, c'est pourquoi le commissaire du district, en violation du code du Congo belge, autorise le Dr Levi-Bianchini à pratiquer l'autopsie. Cette opération montre que la jeune fille avait succombé à une méningite cérébro-spinale, affection qui n'avait point encore été signalée en pathologie tropicale : le voisin, injustement accusé, fut absous.

XI. — *Anomalies des membres chez les criminels*; par le Dr Penta (numéro d'août). — Il s'agit de jeunes délinquants entrés à la prison de la Concordia, où l'on reçoit les mineurs de neuf à dix-huit ans.

A) Pied préhensile, absence de développement des deux derniers doigts chez un jeune homme condamné pour vol et blessures.

B) Pied préhensile, hernie, traces de rachitisme chez un voleur.

©BIUM



C) Syndactilie chez un incorrigible.

D) Sixdigitisme chez un violateur, avec photographie. Très courte note faisant partie d'une série.

XII. — *Un criminel par superstition*; par le Dr Penta (numéro de juillet). — Un préjugé encore trop répandu dans l'Italie du Sud et peut-être ailleurs, et dont l'origine remonte peut-être aux sacrifices humains, est celui qui consiste à s'imaginer qu'on se guérit d'une maladie vénérienne en pratiquant avec violence des outrages à de jeunes enfants, garçons ou filles. Ces crimes imbéciles sont peut-être moins rares qu'on ne le suppose; le Dr Penta en rapporte deux exemples, qui ont tous deux pour auteurs des paysans illettrés, demi-imbéciles, superstitieux, dévots. Avec Penta, nous demanderons que de nouvelles observations soient publiées, s'il en existe; comme l'auteur italien, nous espérons que les progrès de l'instruction feront disparaître ces horreurs d'un autre âge.

XIII. — *La dégénération criminelle dans la descendance des aliénés*; par le Dr Mariani (numéro d'octobre). — Tout le monde connaît les intéressants travaux de Dungdale sur la trop célèbre famille Juske. D'autres, après lui, ont montré que crime et folie sont les deux branches d'un même tronc. Mais les chiffres donnés par les différents auteurs sur les relations du crime et de la folie varient trop : Lombroso donne 7 et Dejerine 74,6 p. 100, comme nombre des criminels fils d'aliénés. Il importe donc, avant de formuler des lois, d'étudier des cas particuliers; en voici des exemples : le premier ne me paraît pas aussi probant qu'à l'auteur, car il y intervient le facteur alcool, d'où introduction d'un nouveau terme dans le problème, ce qui n'est pas fait pour l'éclaircir. Thomas B..., négociant, interné pour alcoolisme chronique avec délire systématisé de persécution, retiré de l'asile sans guérison, se jette par la fenêtre et meurt quelques heures après. Thomas a eu cinq fils; trois meurent en bas âge de méningite, les deux autres reçoivent une bonne instruction, cependant tous deux ont eu maille à partir avec la justice; ils avaient émis, de complicité avec une de leurs tantes, de la fausse monnaie de nickel.

Les deux autres exemples cités par Mariani sont plus démonstratifs : une veuve, dont les antécédents personnels et héréditaires sont très chargés, est aujourd'hui en démence complète, après avoir présenté un délire paranoïde. Une de ses filles, qui partagea ses idées délirantes, est également dans un état de démence assez prononcée. Une autre est hystérique. Le

©BIUM



fils d'une autre fille fut condamné à trois ans de réclusion pour filouteries au préjudice des orfèvres et des armuriers de X... Autre exemple : Un comte de X..., appartenant à une très grande famille, fut interné, à soixante-dix ans, pour excitation avec érotisme. Une de ses filles, condamnée par défaut pour filouterie et extorsion de fonds. Ces cas appartiennent tous à ce que Sighele appelle la criminalité à type de fraude; ni la misère ni la passion n'expliquent ces méfaits.

XIV. — *Le poil dans l'espèce humaine;* par le Dr Cascella (numéro d'octobre). — L'auteur rappelle le rôle important qu'ont joué les poils dans les préjugés des primitifs et des sauvages : la légende d'Absalon, la chevelure des Mérowigs, celle des Fuégiens, des Américains.

Il rappelle les cas d'hypertricose célèbres : 1° ceux dans lesquels on trouve un excessif développement des poils dans les endroits où on en rencontre habituellement, par exemple, de la barbe ou des poils des organes génitaux; 2° ceux dans lesquels les poils se montrent longtemps avant l'époque habituelle de leur apparition : on a vu des enfants de trois ou quatre ans avec de la barbe; 3° d'autres fois, on a vu de véritables poils se développer là où normalement on ne rencontre que du lanugo; à cette classe appartiennent les femmes à barbe. L'auteur rapporte l'observation d'une aliénée qui avait de la barbe et des moustaches. Nous rapprocherons ce cas de ceux qu'a signalés Dupré : c'était une dégénérée excitée qui devint démente, elle avait du priapisme, et se masturbait lorsqu'elle manquait d'adorateurs; puis 4°, Cascella parle des hommes et des tribus qui présentent de l'hypertricose plus ou moins diffuse sans cependant être généralisée; tels les Aïnos. Ensuite, il décrit les hommes qui affectent véritablement le type animal : les hommes des bois, étudiés par Sauvage, les hommes-chiens, hommes-ours, et peut-être l'homme sauvage de Linné. Tel était Esaü, dans la Genèse; telle était aussi la famille birmane observée de 1825 à 1867, et dont l'histoire a été écrite par le capitaine Job, la petite Indo-Chinoise exposée à Paris dans un concert des Champs-Elysées. Telle est aussi la famille vue par Félix Plater de Bâle, au XVIe siècle, et qui est représentée, grandeur naturelle, dans la salle des consultations dermosyphilitiques de Vienne. Enfin, Cascella résume l'histoire de ce paysan russe, Adrien Jeftichiew, dit l'homme-chien, qui a été présenté à l'Association médicale de Berlin, en 1873, par Virchow, et dont le fils Fédor ou Jojo s'est exhibé à Naples, en avril 1903,

et a été longuement décrit par le professeur de Amicis; 6° plus intéressantes, au point de vue médical, sont les hypertricoses locales dues à un trouble trophique d'innervation, tels les cas de Rayer et de Behrend. L'auteur résume la question de l'origine et du développement des poils dans l'espèce humaine, et il insiste sur le lanugo des nouveau-nés, qui démontre que l'homme était autrefois un animal velu dont les poils rappelaient, par leur disposition, ceux des anthropoïdes. Donc, lorsqu'on les retrouve chez l'homme actuel, c'est en vertu de l'atavisme : les cheveux, la barbe et les poils du pubis apparaissent pour la première fois chez les primates, ils défendent les régions les plus délicates du corps et obéissent à des lois encore inconnues.

XV. — *Bronzes archaïques de Bénévent*; par di Blasio (numéro d'octobre). — Une hache à ailettes et un rasoir à double tranchant en bronze ont été recueillis à Bénévent dans un champ de tabac; si l'on en croit Pigorini, ils contribuent à démontrer que l'industrie en Italie est passée dans ces âges lointains du Nord vers le Sud et qu'elle n'a pas remonté du Sud vers le Nord ; pour di Blasio, cette migration était accomplie dès les premiers temps de l'âge de bronze, puisque les mêmes formes se trouvent à la fois dans la vallée du Pô (Palafites), dans les différents pays de l'Europe centrale et occidentale et jusque dans l'île de Capri. Ce serait une immigration venue de l'Europe centrale par la vallée du Danube qui aurait introduit cette civilisation dans le Nord; les Ligures l'auraient plus tard amenée jusqu'à Bénévent.

XVI. — *Crâne acromégalique*; par di Blasio (numéro de novembre). — C'est celui d'un malade épileptique et acromégalique, mort, à quarante ans, d'hépatite syphilitique, à l'hospice des incurables. L'auteur en rapporte les différentes mesures et insiste sur le poids anormal de la mâchoire inférieure (120 gr.); les caractères anthropologiques sont analogues à ceux que l'on a déjà notés chez des sujets atteints de la même affection.

XVII. — *Contribution à l'étude de la structure et des granulations fuchsinophiles dans les cellules des ganglions spinaux*; par Motta Coco et G. Lombardo (numéro de novembre). — Les auteurs rappellent les premières descriptions faites par les histologistes, Arndt, Key, Retzius, puis celle de Flemming, 1882, qui distingue des îlots chromatiques en rapport avec de nombreux filets entrecroisés en tous sens; à ces fibrilles sont rattachées un certain nombre de granulations de

©BIUM



différentes tailles peu colorables : la structure des îlots chromatiques est granuleuse, celle des filaments concentrique. Nissl considère le cylindraxe comme formé d'une substance peu colorable mais très réfringente, originaire d'une auréole semi-lunaire dont la convexité est tournée vers le noyau. V. Lenhossek admet dans le corps ganglionnaire une zone claire périphérique avec peu de granulations et une zone obscure centrale riche en granulations. Chez l'homme il existe des fibrilles dans le cône d'origine du cylindraxe qui n'existent pas chez le bœuf. Held confirme la présence de fines granulations chromatiques colorables à l'érythroxine aux points nodaux du réticulum des alvéoles, aussi bien dans les corps cellulaires que dans les dendrites. Pour lui, ce sont des produits de rechange. Pour Altmann, ce sont des parties conductrices. Becker étudie le fonctionnement de ces éléments.

Levi et Flemming montrent que les granulations colorables par la fuchsine diminuent par le repos et augmentent par l'activité, mais disparaissent au stade d'épuisement : ce sont pour eux des éléments de réserve. Les auteurs de l'article que nous résumons ont expérimenté sur le lapin et la grenouille ; comme réactifs, ils se sont servis du liquide de Flemming avec la solution d'acide chromique et de formaline, du Müller pour fixer, de l'hématoxyline, du bleu de méthylène, de l'éosine et de la safranine pour colorer, et surtout de la fuchsine (méthode de Levi) et de l'acide picrique comme décolorant. Les tonalités obtenues ne sont en rapport ni avec la position des cellules ni avec leur type. Les fibrilles proviennent du prolongement, se dirigent vers le noyau, mais avec de nombreuses inflexions qui font penser parfois à un réticulum.

Les cellules ganglionnaires ont un gros noyau vésiculaire contenant de petites granulations, la grandeur du noyau varie avec la taille de l'élément cellulaire. A la périphérie du noyau est une zone compacte qu'on a pu prendre pour une membrane. Un nucléole. Les grains chromatophiles sont plus abondants dans l'ectoplasma que dans l'endoplasma. Il existe dans les petites cellules des ganglions spinaux de la grenouille deux petites granulations à la périphérie du noyau, mais on ignore leur signification.

Rappelons que les cellules ganglionnaires sont toutes entourées d'une membrane capsulaire revêtue à sa face inférieure de nombreux noyaux. L'animal reçoit une faible injection de curare pour obtenir le repos des ganglions spinaux. Dans le

©BIUM



noyau aussi bien que le protoplasma on trouve des granulations fuchsinophiles mal limitées : elles disparaissent simultanément des deux parties de la cellule. Lorsque les fonctions reparaissent dans les nerfs périphériques, les granulations augmentent dans toutes les cellules ganglionnaires grandes et petites au niveau des espaces interfibrillaires. Si maintenant nous excitons le sympathique du lapin ou de la grenouille, dans une première période variant d'une demi-heure à deux heures, les granulations fuchsinophiles sont abondantes aussi bien dans le noyau que dans le protoplasma. Si on prolonge et qu'on augmente l'action de l'excitant, les cellules granuleuses diminuent de plus en plus. Si on injecte à des grenouilles des doses toxiques d'acide pyrogallique et en sacrifiant l'animal au premier signe d'empoisonnement, on obtient les résultats suivants : à mesure qu'on augmente la dose de poison fournie à l'animal, le nombre des granulations fuchsinophiles diminue dans le noyau et dans le protoplasma.

XVIII. — *Un pédéraste fellator*; par Penta (numéro de décembre). — Le nombre des affaires de mœurs augmente d'une façon extrême en Italie; en voici un exemple intéressant. Un médecin américain, qui avait fait autrefois de brillantes études et avait exercé avec talent sa profession, contracta au bout de douze années de pratique une syphilis assez grave. Cette maladie l'affecta profondément; il devint dès lors coureur, ivrogne et débauché, voyagea beaucoup dans les différentes parties du monde; il contracta au Japon des habitudes contre nature. Habitant Naples depuis quelque temps, il avait eu des relations intimes avec un jeune drôle de quinze ans environ qui essaya de le faire chanter : la mère du gamin ne le voyant pas rentrer chez elle depuis plusieurs jours, s'adressa à la police, qui fit des recherches, finit par tout découvrir et procéda à l'arrestation du Dr H. T... On apprit alors quel genre de relations existaient entre le jeune homme et le médecin. Les témoins interrogés déclarèrent que notre Américain avait perdu depuis quelque temps sa bonne humeur et sa brillante tenue dans le monde; il semblait indifférent à tout, et pendant un voyage à Lipari, il ne se réveilla que lors qu'on voulut toucher à sa provision de whisky; sa mise était négligée et lui-même, ayant conscience du changement qui se faisait en lui, alla consulter un médecin, il se croyait atteint de tabes; ce praticien cité comme témoin déclara qu'il avait trouvé chez l'inculpé une grande faiblesse musculaire et mentale; la parole était lente et

©BIUM



peu intelligible, certaines consonnes mal articulées; qu'il avait la physionomie rigide d'un Bouddha. Les réflexes vésicaux et rectaux était normaux, mais le réflexe patellaire était aboli. De plus l'appétit génital était supprimé. Le témoin hésitait entre le diagnostic d'alcoolisme grave et celui de paralysie générale, il conseilla un traitement électrique.

Lorsque le Dr Penta examina H. T... pour la première fois, il eut devant lui un individu paraissant plus que son âge, avec un léger degré d'atrophie des membres inférieurs, des signes d'artério-sclérose; le foie était diminué de volume, le poumon était engorgé, la langue saburrale, l'appétit et la force musculaire diminués, les urines très légèrement albumineuses, enfin toutes les fonctions étaient ralenties. Tremblement des mains et de la langue, écriture difficile, changement de lettres, le langage était bredouillant, lorsqu'il s'exprimait en français. Les pupilles égales réagissaient lentement, les réflexes génitaux disparus, les réactions électriques diminuées. Dans sa cellule il restait des heures sans bouger, lisant toujours la même page; perte totale des sentiments affectifs et de la mémoire, il avait oublié jusqu'au nom du gamin cause de son incarcération. Ni hallucinations, ni illusions, ni erreurs de jugement, mais les actes qu'on lui reproche ne l'émeuvent pas, pas plus que son séjour en prison. Il était plus déprimé qu'au jour de son arrestation où il avait répondu d'une façon relativement satisfaisante au chef de la sûreté.

Deux mois après, ce n'est plus le même homme: le teint est devenu bon, la force est normale pour un sujet de son âge. Les réflexes sont normaux, la sensibilité générale est améliorée; il semble se réveiller d'un long sommeil, s'intéresse aux curiosités de Naples, à ses codétenus, à ses amis du dehors, il a recouvré la mémoire des dates, raconte volontiers ses voyages, et que s'il a contracté des habitudes pédérastiques, c'est qu'à mesure que sa capacité virile diminuait ses désirs augmentaient.

Penta était donc en présence d'un alcoolique chronique dont la maladie avait augmenté par suppression du poison habituel, mais que l'abstinence avait rétabli ensuite; de plus ce sujet était atteint de troubles de l'instinct génital acquis grâce à l'alcoolisme et aux mauvaises mœurs si répandues au Japon; c'était un pervers et non un perverti : mais en somme, au temps de l'action, il avait « une conscience faible et une liberté morale nulle ».

L. WAHL.

©BIUM

# BIBLIOGRAPHIE

*Précis de psychiatrie*; par le Dr E. Régis, professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, 3e édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8° de la Nouvelle Bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction du professeur L. Testut. Paris, Octave Doin, 1906.

Le *Précis de psychiatrie* du Dr Régis fait partie de la Nouvelle Bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction du professeur Testut. C'est la troisième édition du manuel pratique publié en 1884, dont nous avons présenté la deuxième édition aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* en 1892.

Nous disions déjà, à cette époque, que si le titre du Manuel n'avait pas été modifié, il n'en était pas de même du livre, qui avait, cette fois, la forme d'un véritable traité des maladies mentales dont tous les chapitres, remaniés et tenus au courant des travaux les plus récents, avaient cependant conservé ce qui caractérisait la première édition : l'originalité, l'ordre, la méthode et la clarté dans l'exposition des sujets les plus controversés.

Que dire aujourd'hui du volume que le professeur Régis vient de faire paraître et présente au public comme une troisième édition? Ce n'est plus un résumé des leçons pratiques que, pendant dix ans, il a faites près la Faculté de Bordeaux, en qualité de professeur libre; ce n'est pas davantage le manuel à l'usage des étudiants et des praticiens paru en 1892; c'est l'œuvre magistrale du savant, du professeur de l'Université de Bordeaux, du médecin-consultant spécialiste, du clinicien consommé qu'est aujourd'hui le Dr E. Régis.

Depuis 1893, il y a eu, en France comme à l'étranger, un effort scientifique considérable et un mouvement d'idées et d'opinions qui ont imprimé à notre spécialité médicale des modifications profondes. A une situation nouvelle qui n'était pas le résultat d'une évolution lente et progressive, mais d'une

©BIUM



véritable révolution, il fallait apporter plus qu'un manuel revu, remanié ou considérablement augmenté, il fallait un livre entièrement nouveau, du commencement à la fin. C'est l'œuvre que le Dr Régis a eu le courage d'entreprendre et de conduire à bonne fin.

Le *Précis de psychiatrie* contient des chapitres nouveaux et relatifs : à *la symptomatologie générale*, *la confusion mentale*, *la démence précoce*, *les dégénérescences*, *les psychoses des dégénérés*, *les psychoses d'auto-intoxication*, *les psychoses d'infection*, *la paralysie générale*, la pratique médicale dans *ses rapports avec l'administration*, et enfin *la médecine légale civile et militaire*.

Un livre destiné à être consulté par les étudiants, les médecins aliénistes, les médecins des prisons, les médecins légistes, les médecins de l'armée, de la marine et des colonies, les médecins praticiens, les magistrats, les avocats, les psychologues, ne pouvait plus se présenter sous la forme du manuel de 1884-1892, en dépit des bonnes mais courtes pages qu'il contenait ; il réclamait des proportions plus grandes, que l'auteur, toutefois — et nous l'en félicitons — a eu le soin et la sagesse de ne pas rendre excessives. Si le volume est assez gros, assez compact, il est resté maniable, facile à consulter et sans fatigue pour les yeux, grâce aux caractères typographiques employés et à la bonne façon d'un tirage soigné, irréprochable.

Les psychoses d'auto-intoxication et d'infection jouent aujourd'hui un rôle considérable en psychiatrie ; on ne les observe pas seulement dans les asiles d'aliénés, mais aussi et surtout dans la clientèle de ville et de campagne, dans les hôpitaux ordinaires ; il fallait les étudier en détail, les préciser, leur donner une place des plus importantes, leur consacrer, enfin, des articles distincts. C'est pourquoi on trouvera, dans le *Précis de psychiatrie*, la description des psychoses autotoxiques *gastro-intestinale*, *hépatique*, *rénale*, *cutanée*, *génito-urinaire*, *thyroïdienne*, *diathésiques*, *inanitionnelle*, *traumatique*, *post-opératoire*, *héliosique* et aussi les *psychoses d'infections typhique*, *grippale*, *pneumonique*, *polynévritique*, variolique, syphilitique, etc.

En comblant cette lacune, le Dr Régis a définitivement rapproché et fusionné la psychiatrie de la pathologie médicale ordinaire, par la voie des grandes doctrines de la pathologie générale si bien élucidées par le professeur Ch. Bouchard, son illustre maître.

©BIUM



Si l'étude des maladies mentales a brillé en France d'un vif éclat au commencement du XIXe siècle sous l'impulsion géniale de Pinel et d'Esquirol, elle a aussi été poursuivie, agrandie et glorifiée par leurs successeurs : les Ferrus, Baillarger, Moreau (de Tours), Calmeil, Parchappe, Delasiauve, Falret père et fils, Lunier, Lasègue, Morel (de Saint-Yon), etc.

Le Dr Régis ne pouvait pas l'oublier, il n'a pas manqué de leur rendre justice en utilisant les travaux de ces ancêtres scientifiques; il a fait aussi appel aux travaux plus modernes, à ceux de M. Magnan et de ses élèves, à toutes les publications les plus récentes de la jeune école psychiatrique française, aujourd'hui si active en province comme à Paris, aux intéressantes et minutieuses recherches de nos savants de laboratoire : MM. Pierret et Pitres, Brissaud, Ballet, Klippel, Anglade, Laignel-Lavastine, Lalanne, Taty, Vigouroux, Marchand et autres, qui sont en même temps des cliniciens distingués.

Mais si le Dr Régis, comme il le dit lui-même, a fait un livre bien vivant, bien actuel de la psychiatrie française, il n'a pas omis de faire de larges emprunts à la psychiatrie étrangère, aux Allemands, aux Anglais, aux Italiens, aux Russes; cela était nécessaire, indispensable, car la science, comme les peuples, vit aujourd'hui de libre-échange, et en matière de progrès scientifique, nous avons le devoir d'utiliser, en France, les produits et les découvertes de nos voisins, comme ils ont aussi le droit et le devoir impérieux de profiter de nos travaux et de nos découvertes scientifiques. En agissant ainsi, le Dr Régis ne cédait pas à la mode, à l'engouement dont sont victimes ceux qui accueillent d'un œil trop favorable les travaux qui paraissent à l'étranger, alors qu'ils négligent, dédaignent ou semblent ignorer les travaux de leurs compatriotes; il a pensé avec raison et démontré, qu'en psychiatrie, la science française avait, de tout temps, fourni un contingent inoubliable et incomparable de fine observation, d'ordre, de méthode et de clarté, que nous avions, en France, un patrimoine scientifique dont nous avions le droit d'être fiers.

On remarque encore, dans le *Précis de psychiatrie*, de nombreuses planches inédites ou empruntées à des auteurs anciens ou modernes, des tracés et un tableau, — guide pour le diagnostic en psychiatrie, — et cela était utile, nécessaire même, puisqu'il y a des choses qui doivent être vues, pour être bien comprises, malgré les descriptions les plus claires et les plus méthodiques.

©BIUM



La bibliographie française et étrangère n'a point été omise, et l'ouvrage se termine par une table des matières aussi détaillée que possible, complétée par une double table alphabétique des noms d'auteurs et des publications citées ou mises à contribution dans le *Précis de psychiatrie*.

En raison des liens d'amitié qui nous unissent d'une façon si intime et déjà bien ancienne au professeur Régis, nous nous sommes demandé s'il nous serait possible de parler de son livre avec toute l'impartialité nécessaire, si, en un mot, nous saurions rester fidèles aux injonctions du vieux proverbe : *Amicus Plato, sed magis amica veritas* ; nous ne croyons pas y avoir manqué, puisque nous avons oublié jusqu'ici de prodiguer, à l'ami, les éloges qui ne lui ont pas été ménagés par ailleurs et que, pour notre part, nous ne pouvons pas lui accorder, ayant la conviction bien assise que son *Précis de psychiatrie*, paraissant à l'heure voulue, s'imposait, et qu'au fond, comme dans la forme, il est bien au-dessus des éloges que nous pourrions en faire.

Dr Doutrebente.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Zür Psychopathologie der sexuellen Perversionen ; par le Dr Julius Donath. 10 pages in-8°. Extrait des *Archiv für Psychiatrie*. Bd XL. Heft 2.

— Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Compte rendu de l'assemblée générale du 17 avril 1905. 7 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, juillet 1905.

— The seventy-eighth annual report of James Murray's royal asylum, Perth. 55 pages in-8°. Perth, J. Young and sons, 1905.

— Chirurgie des aliénés. Recueil de travaux publiés sous la direction du Dr Lucien Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine. Tome IV. Année 1904. Vol. in-8° de 256 pages. Masson et Cie, 1905.

— Wiederkehr des Kniephänomens bei Tabes dorsalis, ohne Hinzutreten von Hemiplegie ; par le Dr Julius Donath. 6 pages in-8°. Extrait de *Neurologisches Centralblatt*, 1905.

©BIUM



— Tiques. Sobre un caso de chorea variavel de Brissaud. Os tiques symptomaticos na demencia precoce; par le Dr A. Austregésilo, aliéniste de l'Hospice national. Mémoire présenté au troisième Congrès scientifique latino-americain. 23 pages in-8°. Rio-de-Janeiro, 1905.

— Thirty-fourth annual report of the Buffalo state hospital at Buffalo (New-York), to the State Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1904. 55 pages in-8°. Albany, 1905.

— La paralysie générale progressive. Sa parenté avec la confusion mentale primitive. Sa pathogénie, son pronostic. Orientation à donner à sa thérapeutique (causes de l'échec complet de la thérapeutique actuelle); par le Dr Alex. Paris, 80 pages in-8°. Nancy, imprimerie Louis Kreis, 1905.

— La douleur physique. Etude de psychologie expérimentale; par le Dr Georges Castex. Préface par G. Sorel. 129 pages in-8°. Paris, G. Jacques, 1905.

— Asile d'Evreux. Rapport médical et administratif pour l'année 1904; par le Dr Bessière, directeur-médecin. 46 pages in-8°. Evreux, imprimerie René Bauche, 1905.

— Sul modo d'esaminare un alienato. Rassegna; par le Dr Giuseppe Feli. 11 pages in-8°. Extrait du *Bullettino delle scienze mediche*. Bologne, juin 1904.

— Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. Quarta nota : Ricerche comparative sulla eliminazione del bleu di metilene per via renale negli stati di depressione e di eccitamento della demenza precoce e di altre psicosi; par les Drs Antonio d'Ormea et Ferdinando Maggiotto. 198 pages in-8° avec tableaux. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1905.

— La cavità glenoidea dell'osso temporale nei sani di mente, negli alienati et nei criminali; par le Dr Giuseppe Peli. 11 pages in-8°. Extrait de *Bullettino delle scienze mediche*, Bologne, 1905.

— Index philosophique. Philosophie et sciences; par N. Vaschide. 2e année. 1 vol. in-8° de 464 pages. Paris, Chevalier et Rivière, 1905.

— Asile de Maréville. Rapport médical de la Division des hommes pour l'année 1904; par le Dr Vernet, médecin en chef. 27 pages in-8°. Nancy, imprimerie Berger-Levrault et Cie, 1905.

— Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken; par le Dr Otto Diem. 73 pages in-8°. Extrait des *Archiv für Rassen und Gesellschafts-Biologie*, Berlin, 1905.

©BIUM

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Décret du* 26 *janvier* 1906 : Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, MM. les Drs Marandon de Montyel (Evariste), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, vingt-neuf ans de services, et Ritti (Antoine), médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, vingt-six ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : M. Guichet, directeur de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est nommé officier d'Académie.

— *Arrêté du ministre de l'Agriculture* : M. le Dr Damalix, chirurgien en chef de la Maison nationale de Charenton, et M. Gex, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère), sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— *Arrêtés de décembre* 1905 : M. Mabille, ancien receveur des Finances, est nommé directeur de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. Lesvier, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire ;

M. le Dr Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), est nommé à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.) ;

M. le Dr Monestier, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille, en remplacement de M. le Dr Boubila, admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le Dr Fenayrou, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est nommé médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence ;

M. Sigismond Lacroix, ancien député, est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), en remplacement de M. Balet, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

— *Arrêtés de janvier* 1906 : M. le Dr Leroy, médecin-

©BIUM



adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise) ; poste créé ;

M. le Dr Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.).

— *Hospice de Bicêtre* : M. le Dr Riche, ancien chef de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté de Paris, est nommée, après concours, médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre.

— *Arrêtés de février* 1906 : M. le Dr Masselon, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1re classe de son grade (3.500 fr.) ;

M. le Dr Alombert-Goget, médecin en chef non installé de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille, en remplacement de M. le Dr Journiac, maintenu à l'asile de Saint-Ylie.

M. le Dr Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Rodez (Aveyron), est nommé directeur-médecin de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), en remplacement de M. le Dr Doutrebente, admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le Dr Dezwarte, médecin-adjoint de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure) ;

M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ;

M. le Dr Blin, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.) ;

M. le Dr Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.).

## NÉCROLOGIE

Dr Gilbert-Petit. — Si nous devions respecter son vœu maintes fois exprimé, nous laisserions partir Gilbert-Petit sans saluer sa mémoire d'une parole d'adieu ni d'un mot de regret. Cet homme modeste et timide craignait par-dessus tout d'attirer l'attention ; il avait tenu à vivre obscur et ignoré, il eût aimé disparaître inaperçu. On pardonnera à son dernier collaborateur, qu'il voulut bien toujours traiter en ami, de ne pas déférer, pour une fois, à ses désirs et de rappeler ici en quelques lignes, suivant une louable tradition, la vie professionnelle — si digne — et les qualités morales — très hautes — de ce médecin d'asile consciencieux et méritant.

©BIUM



Gilbert-Petit naquit à Nantes, le 28 novembre 1857, au quartier d'aliénés du vieil hospice Saint-Jacques, dont son père était alors et devait rester pendant vingt-neuf ans le médecin. Il commença ses études dans sa ville natale et il y devint rapidement externe, puis interne des hôpitaux. En 1882, il se faisait recevoir dans le service de Charcot, à la Salpêtrière, et il s'initiait ainsi de première main à la neuropathologie, dont il resta toujours un fervent. L'année suivante, il était nommé au concours interne des asiles de la Seine et il pouvait dès lors, après de solides études générales, s'adonner tout entier à la spécialité.

Il y était d'ailleurs admirablement préparé. Son père, qu'il venait d'avoir la douleur de perdre, avait été en médecine mentale son premier maître, et il se plaisait à répéter qu'il n'en avait jamais connu de meilleur. C'est d'après ses conseils que, parmi les riches services de la capitale, Gilbert-Petit choisit, dès qu'il le put, celui de Bouchereau. Aussi bien s'y fût-il dirigé d'instinct. Nul en effet ne pouvait mieux l'attirer, ni par plus d'affinités, que le savant clinicien de Saint-Anne, de discrète, mais très pure notoriété. Gilbert-Petit resta deux ans à cette bonne école, il en garda toute sa vie l'empreinte et, jusqu'au dernier jour, il conserva aux idées et à la personne du maître une touchante fidélité.

Docteur en 1886, après une thèse remarquée, Gilbert-Petit entrait l'année suivante dans le service des aliénés comme médecin-adjoint à Armentières. Il était en fonctions depuis quelques mois à peine, quand lui fut offerte la direction de l'École de perfectionnement et de réforme que l'Assistance publique de la Seine venait d'organiser à Yzeure pour ses pupilles indisciplinés ou vicieux. L'offre était flatteuse, la tentation fut forte : Gilbert-Petit accepta. Il ne devait pas tarder à le regretter. Après bien des déboires, il réclamait sa réintégration dans le cadre et, le 1er juillet 1889, rentrait avec joie dans les asiles comme médecin-adjoint à Alençon. En septembre 1892, il passait en la même qualité à Sainte-Gemmes. Le 1er septembre 1897, il revenait à Alençon comme médecin-directeur. Il n'y resta que six mois. Saisissant la première occasion qui se présenta à lui d'abandonner les fonctions administratives, pour lesquelles il ne se sentait aucune aptitude ni aucun goût, il devenait par permutation médecin en chef de l'asile du Mans. Son ambition se trouvait désormais satisfaite, il était au comble de ses vœux. Libre de soucis et de tutelle, sans entraves d'aucune sorte, il allait enfin pouvoir se livrer tout entier à sa passion pour l'étude et à ses goûts de méticuleuse observation. Il se mit aussitôt à la besogne, avec ardeur. D'une conscience professionnelle exemplaire, il s'astreignit, fait peut-être unique dans les annales de

©BIUM



nos asiles, à recueillir lui-même et à tenir à jour personnellement les 800 observations de ses 800 malades. Et il prenait encore le temps, ayant organisé, en majeure partie de ses deniers, un laboratoire, de se livrer aux recherches microscopiques et de devenir rapidement un fort habile technicien. Son zèle scientifique ne s'arrêta pas encore là : à son service, il méditait d'annexer un musée et, dans cette intention, il avait déjà, avec la minutie qu'il apportait à toutes choses, préparé et monté de ses propres mains une collection de pièces intéressantes ou rares, dont près de 100 crânes des plus curieux. Il travaillait ainsi depuis cinq ans, ne ménageant ni son temps, ni sa peine, amassant patiemment en vue de l'œuvre future des matériaux du meilleur aloi et limitant ses désirs à achever sa carrière dans ce labeur calme et serein, quand, brusquement, — j'allais dire : brutalement, — sans raison apparente, sans qu'il eût en rien démérité et pour avoir seulement péché par excès de scrupules, il fut arraché à son service, à son laboratoire, à ses travaux et exilé loin de ses affections les plus chères, dans un poste peu envié. Le coup porté était trop rude : nature délicate et frêle, Gilbert-Petit ne s'en releva pas. Il arriva à Moulins découragé, meurtri. Il y languit de longs mois, attendant résigné la réparation promise d'une disgrâce qu'on savait imméritée (1). Cependant sa santé s'altérait. Homme de devoir avant tout, il achevait de l'user à une tâche bien au-dessus de ses forces et peu en rapport avec ses moyens. Au printemps dernier il dut s'arrêter et dès lors il était perdu. Il rentra à Nantes, dans sa famille, désireux seulement de mourir au milieu des siens. C'est là que vint le surprendre sa nomination aux fonctions de médecin en chef à l'asile de Marseille; ce fut sa dernière joie. Malgré les instances de son entourage, il voulut rejoindre son poste : pouvait-on lui refuser de jouir de sa réhabilitation? Mais il avait trop présumé de ses forces. A peine installé il dut s'aliter, et, quelques jours après, le 11 février 1906, une grippe régnante, compliquée chez lui de pneumonie, donnait le dernier coup à cet organisme débilité. La mort, qu'il avait si souvent appelée de ses vœux, n'avait été pour Gilbert-Petit qu'une délivrance.

---

(1) Il trouva cependant le temps d'y fonder un laboratoire de recherches, et de faire ainsi œuvre utile pour ses successeurs. La Commission de surveillance de l'asile, sur la proposition des médecins de l'établissement, MM. Monestier et G. Vernet, a décidé de donner le nom de Gilbert-Petit à ce laboratoire. Une plaque commémorative perpétuera donc le souvenir du passage à Moulins de notre tant regretté collègue. (N. D. L. R.)

©BIUM



« Pour les délicats, retenus par une foule de points d'honneur, la concurrence est impossible avec de prosaïques lutteurs, bien décidés à ne se priver d'aucun avantage dans la bataille de la vie. » Gilbert-Petit vérifia pour son compte la justesse de cette pensée de Renan. Intelligence alerte et vive, esprit plein de finesse, travailleur inlassable, il eût pu légitiment prétendre briller aux premiers rangs : il lui eût suffi, avec plus de combativité, de se montrer moins exigeant sur le choix des moyens. Mais il était la loyauté même, scrupuleux à l'excès, et il s'effrayait de la lutte, toujours prompt à céder, toujours prêt à s'effacer. Là, sans doute, non ailleurs, est le secret de sa carrière lente, terne et sans éclat.

Aussi bien s'éleva-t-il toujours au-dessus des ambitions vulgaires. Sceptique, devant qui bien peu de notions, et surtout bien peu d'hommes trouvaient grâce ; désabusé, dont l'ironie souvent amère avait dans l'intimité toutes les hardiesses, Gilbert-Petit affectionnait vivre en marge du monde, dont il craignait les heurts et les froissements et dont il méprisait si fort les vanités. Il avait pénétré le charme de la vie d'asile, qui seyait si bien à son humeur mélancolique : médecin épris de science, rompu à son art, entre ses malades et ses livres, il n'avait jamais rêvé pour lui d'autre existence, ni de plus belle.

Il restera bien peu de Gilbert-Petit. Ce liseur intrépide, que rien ne rebutait dans la production contemporaine si inégale et si profuse, cet auditeur assidu de nos Sociétés savantes et de nos Congrès se montrait pour lui-même d'une telle sévérité qu'il se risqua à peine à écrire et qu'il n'osa jamais parler. En dehors de sa thèse, très documentée, où il étudiait les « Rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles dans la menstruation » (1886), nous ne connaissons à son actif que deux observations, l'une et l'autre fort curieuses, qu'il publia dans les *Archives médicales d'Angers*. La première en date (1900), intitulée : « Accès répétés d'épilepsie survenus chez une femme de soixante et un ans après un ictus apoplectique », donne une idée du soin et de la minutie avec lesquels Gilbert-Petit examinait et suivait ses malades. La seconde, qui relate « Un cas de mérycisme chez un dégénéré » (1901), lui fournit l'occasion d'apporter sa contribution personnelle à cette doctrine de la dégénérescence qui lui tenait tant à cœur. Mais qu'est-ce que cette production infime au prix de toutes ces richesses, précieusement recueillies, jalousement ordonnées qui dorment à jamais enfouies dans ses cartons !

Il restera trop peu de Gilbert-Petit : nous ne garderons que plus religieusement son souvenir, celui d'un homme qui faisait honneur à notre profession.

GEORGES VERNET.

©BIUM



## MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Nous avons deux nouveaux cas à ajouter à la liste déjà si longue du martyrologe de la psychiatrie : dans le premier, il s'agit d'un médecin en chef d'asile, et dans le second, d'un infirmier, tous deux blessés grièvement par des malades du service.

I. *Médecin en chef attaqué et blessé par deux malades.* — Le 22 décembre 1905, M. le Dr Chevalier-Lavaure, médecin-directeur de l'asile d'Auch (Gers), fut attaqué par deux malades de son service et très sérieusement blessé. Notre savant collègue a bien voulu nous donner lui-même le récit de ce cruel accident et nous ne saurions mieux faire que de reproduire les passages principaux de sa lettre, à tous égards si intéressante :

« ... La connaissance des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident dont j'ai été la victime, peut être utile à nos confrères pour leur inspirer une salutaire prudence et leur éviter ainsi semblable aventure dont les suites auraient pu être bien plus graves. Je vous en adresse bien volontiers le récit.

« Le 22 décembre, au moment de la visite dans le quartier dit des malades agités, un débile intellectuel et moral se plaint de souffrir du côté gauche et demande à être ausculté. A cause du bruit, je l'invite à passer dans une autre salle. En même temps il s'efface, et un épileptique à accès de confusion mentale hallucinatoire, placé derrière lui, me donne quatre ou cinq vigoureux coups de poing dans la poitrine que je pare de mon mieux. — Le surveillant en chef le saisit immédiatement et essaie de le maîtriser avec l'aide des autres infirmiers du quartier, car il est très vigoureux. Celui qui m'avait demandé à être ausculté était passé derrière moi. Il me lança alors, à $1^{m}50$ de distance, un silex de 800 grammes qui m'atteignit sur le côté droit de la tête. La violence du coup fut extrême; je me sentis aussitôt inondé de sang, aveuglé et je n'eus que le temps d'arriver à la pharmacie pour faire panser et suturer la plaie par laquelle il se produisait une hémorragie artérielle abondante. Je m'aperçus alors, mon attention étant attirée par la douleur que je ressentais, que les coups que j'avais localisés à la poitrine avaient été produits par un instrument piquant qu'on m'apporta bientôt : c'était une lime aiguë. J'avais été atteint dans toute l'épaisseur du pectoral droit, du biceps droit et enfin profondément à la main droite. Un des internes qui étaient avec moi avait été frappé à la tête mais sans se rendre compte de quelle façon.

©BIUM



« Les deux malades avaient prémédité de me frapper à la tête pendant l'auscultation.

« Les blessures, bien que celles de la tête aient parues graves pendant quelques jours, se sont assez rapidement cicatrisées, mais j'éprouve encore les effets de la contusion cérébrale : maux de tête, vertiges, dérobement des jambes et surtout des troubles vaso-moteurs dans la jambe gauche.

« Détail intéressant : le débile qui avait comploté le coup et armé l'épileptique et dont je me méfiais beaucoup, car il s'était souvent montré menaçant, agressif et ne cessait d'exciter les autres malades, simulait depuis quelque temps des idées d'empoisonnement ; je l'avais fait bien souvent remarquer aux internes comme un cas de simulation de délire par un aliéné... »

Nous remercions M. Chevalier-Lavaure de son récit si instructif, que nous avons cru devoir reproduire intégralement ; comme il le dit avec juste raison, ce fait mérite d'être connu « pour mettre en garde nos confrères exposés tous les jours à de semblables accidents ».

En terminant, nous félicitons notre excellent collègue d'avoir échappé à un grave danger et nous lui souhaitons bien cordialement qu'il ne reste plus aucune trace des troubles qu'il nous a si bien décrits dans sa lettre.

II. *Coup de couteau donné par un aliéné à un infirmier.* — Il y a quelques semaines, un aliéné de l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire frappait d'un coup de couteau un des infirmiers de sa division. La blessure, heureusement, n'a pas présenté une grande gravité.

M. le Dr Petrucci, médecin-directeur de cet établissement, qui, lui aussi, a été autrefois, de la part d'un de ses malades, victime d'une violente agression dont il porte encore la marque sur le front, a bien voulu nous communiquer le compte rendu de l'événement tragique qui vient de se passer dans l'asile qu'il dirige avec tant de compétence et de dévouement. Nous l'en remercions bien cordialement.

« Un drame de la folie, écrit notre distingué collègue, malheureusement trop fréquent dans les asiles d'aliénés, mais qui n'a pas eu les conséquences tragiques qu'on aurait pu craindre tout d'abord, s'est déroulé le 4 février, à 6 h. 1/2, à la troisième division des hommes où sont traités les malades demi-agités.

« L'aliéné H..., Emile, âgé de vingt et un ans, d'une taille au-dessous de la moyenne (1m20), atteint de dégénérescence intellectuelle et physique, bossu, rachitique, a, dans une impulsion instinctive, frappé brutalement et sans motifs un gardien, d'un coup de couteau.

« Les infirmiers prenaient leur repas, lorsque le malade,

©BIUM



s'approchant sournoisement de la table, s'empara brusquement du couteau dont se servait le gardien Jouannet et frappa celui-ci en s'écriant : « Je suis un Italien. Je veux tuer un homme. »

« L'arme, après avoir transpercé les vêtements, s'engagea dans les chairs, un peu au-dessus du sein gauche, occasionnant une blessure pénétrante d'environ un centimètre d'où le sang jaillit abondamment.

« Le gardien fut aussitôt transporté à l'infirmerie, où je me rendis immédiatement lui donner des soins.

« Son état ne présente aucune gravité. Ce modeste serviteur a fait preuve dans la circonstance d'une patience peu ordinaire et digne d'éloges. Il est à l'asile depuis le 29 juillet 1905, il est bien noté et remplit ses fonctions avec zèle et dévouement. »

## CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le ministre de l'Intérieur,

Sur la proposition du 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, 19 octobre 1894 et 14 août 1905 ;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 mai 1902 et 6 avril 1904 ;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 28 novembre 1905,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, le lundi 19 mars 1906.

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 avoir trente-trois ans révolus le 1er janvier qui précède le 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 lundi 19 février 1906 au plus tard, au

©BIUM



ministère de l'Intérieur (1er bureau 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, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, 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° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur désigné par le ministre, président;

2° Trois professeurs titulaires de facultés de médecine, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans les facultés 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 les facultés différentes. Les directeurs médecins et les médeciens en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies 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.

En cas d'absence 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.

Elles seront au nombre de six, 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.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise. Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée;

©BIUM



3° Une épreuve sur titres; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires;

4° 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;

5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion, et vingt minutes d'exposition. Le maximum des points sera de 20;

6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médical et au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite. Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

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.

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

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 chefs, 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. — Le prochain concours aura lieu dans un délai maximum de trois ans.

©BIUM



Art. 7. — Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 23 janvier 1906.

DUBIEF.

**Annexe de l'arrêté du 23 janvier 1906.**

En vertu des décrets des 19 octobre 1894 et 14 avril 1905, 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 :

| CADRES | TRAITEMENTS. |
|---|---|
| 1° *Directeurs médecins.* | |
| Classe exceptionnelle . . . . . | 8.000 » |
| 1re classe. . . . . | 7.000 » |
| 2e classe . . . . . | 6.000 » |
| 3e classe . . . . . | 5.000 » |
| 2° *Médecins en chef.* | |
| Classe exceptionnelle . . . . . | 8.000 » |
| 1re classe . . . . . | 7.000 » |
| 2e classe . . . . . | 6.000 » |
| 3e classe . . . . . | 5.000 » |
| 3° *Médecins adjoints.* | |
| Classe exceptionnelle . . . . . | 4.000 » |
| 1re classe . . . . . | 3.500 » |
| 2e classe . . . . . | 3.000 » |

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

3. *Suicide.* — Samedi, un nommé Bème, âgé de cinquante-trois ans, célibataire, à Corcelles (Côte-d'Or), a été trouvé chez lui le ventre ouvert.

Depuis quelques jours Bème donnait des signes de folie et était allé prévenir le maire qu'il avait l'intention de s'ouvrir le

©BIUM



ventre pour trouver une anguille ou un furet qui s'y était réfugié. Le couteau fut retrouvé entre le bois du lit et le sommier.

D'après les médecins, la mort a dû être presque instantanée. (*L'Aurore*, du lundi 23 octobre 1905.)

4. *Tentative d'assassinat.* — On télégraphie d'Avignon au *Petit Journal* (numéro du mardi 24 octobre 1905) :

Un boulanger, Charles Girard, récemment sorti de l'asile des aliénés de Mont-de-Vergues, a, dans un nouvel accès de folie subite, porté plusieurs coups de hache à sa femme, pendant que celle-ci était couchée.

Il aurait achevé sa victime sans l'intervention d'un ouvrier qui travaillait dans la maison.

Mme Girard a été transportée à l'hôpital, et son mari a été reconduit à l'asile de Mont-de-Vergues.

5. *Agression violente.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du mardi 31 octobre 1905) :

Dans la cour du Louvre, vers 3 heures de l'après-midi, un individu pauvrement vêtu se rua sur trois élèves de l'Ecole polytechnique et, après leur avoir prodigué les pires injures, les frappa à coups de gourdin.

Sur la plainte des victimes de cette agression, l'auteur du scandale, un nommé Joseph Sallers, vingt-huit ans, rue Simon-le-Franc, 6, fut arrêté et conduit par devant M. Euriat, commissaire de police du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois; là, on reconnut que le malheureux était atteint d'aliénation mentale.

Il a été anssitôt interné à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

6. *Parricide.* — On télégraphie de Châlons-sur-Marne au *Journal* (numéro du vendredi 3 novembre 1905) :

Un drame de la folie a mis en émoi, la nuit dernière, les habitants du deuxième arrondissement de Reims. Dans un accès d'aliénation mentale, une jeune fille, âgée de vingt et un ans, Jeanne Beuzart, demeurant chez sa mère, rentière, rue de Strasbourg, 84, a tenté de tuer cette dernière, en la frappant à l'aide d'une grosse pierre. La malheureuse femme tomba sur le sol, perdant abondamment son sang par une profonde blessure au côté gauche de la tête.

Effrayée à la vue du sang dont elle-même était couverte, Jeanne Beuzart s'enfuit, se dirigeant vers la rue de Cernay. Trois cavaliers du 16e dragons, nommés Bisson, Gralet et Lemoine, qui rentraient au quartier Louvois, suivirent à distance la malheureuse folle. Arrivés auprès de la mairie, ils la firent entrer au commissariat central de police, où on l'interrogea.

Après avoir établi son identité, on la conduisit à l'hôpital civil, où elle a été admise d'urgence, en attendant son transfert

©BIUM



à l'asile départemental des aliénés de Châlons-sur-Marne. La blessure de Mme Beuzart est très grave.

7. *Alcoolique meurtrier.* — On télégraphie de Genève au *Journal* (numéro du mardi 7 novembre 1905) :

Une effroyable tragédie s'est déroulée hier, au sixième étage d'une maison située au numéro 7 de la rue de la Pelisserie, à Genève, dans une petite chambre occupée par le sieur François Sallaz, charpentier, quarante-cinq ans, originaire de Mont-de-Sion (Haute-Savoie), qui vivait depuis cinq ans avec la veuve Duvoisin, née Henriette Pilloud, Vaudoise, mère de trois enfants.

Hier soir, vers 7 h. 1/2, un vieillard, M. Gaudin, tailleur, qui habite au cinquième étage, surpris de ne pas avoir vu de toute la journée son voisin Sallaz, alla frapper à sa porte. Ne recevant pas de réponse, il alla chercher le frère de celle qui passait pour Mme Sallaz, M. Pilloud, qui loge au deuxième étage de la même maison.

Tous deux pénétrèrent alors dans la chambre de Sallaz et se trouvèrent en présence d'un affreux spectacle. Une mare de sang souillait le plancher. Sur le lit, Sallaz était accroupi à côté du cadavre exsangue de sa maîtresse. On alla quérir les gendarmes, et Sallaz, qui perdait du sang par les deux oreilles, se laissa emmener sans résistance. Il avait tenté de se faire justice en se logeant une balle de revolver de chaque côté de la tête.

Prévenus, les magistrats remarquèrent sur la table un rasoir et un couteau maculés de sang. On suppose que la victime a dû être frappée, debout, d'une première balle. Elle sera tombée alors sur le grabat et Sallaz se sera acharné sur elle pour l'achever. A demi-vêtue, la malheureuse portait, lorsqu'on l'a découverte, de larges plaies à la nuque, au visage et au front. Dans le lit, inondé de sang, on a trouvé un revolver ne contenant plus qu'une balle. La raideur cadavérique de la victime fait supposer que le crime s'est perpétré vers midi.

Sallaz, qui a été transporté à l'hôpital, a pu être interrogé sur le mobile de son abominable crime. Il dit avoir voulu se débarrasser de sa compagne parce que celle-ci aurait projeté de l'empoisonner. La vérité est que Sallaz est alcoolique et que c'est l'absinthe qui a provoqué l'accès de démence qui a fait de lui un assassin.

8. *Tentative d'assassinat.* — Un homme d'nne cinquantaine d'années avait rejoint, hier soir, sur le quai d'Orsay, M. Fernand Haudierne, vingt-cinq ans, tailleur d'habits, rue Jean-Nicot, 17, et qui venait de descendre d'un train à la gare des Invalides.

— Que me voulez-vous? demanda le tailleur à l'inconnu.

©BIUM



A cette question, celui-ci partit d'un éclat de rire satanique et haussa les épaules.

— Mais, fit M. Haudierne, vous êtes fou.

Il n'avait pas achevé, que l'individu lui plongeait un poignard en pleine poitrine et essayait de prendre la fuite.

Tandis que le tailleur était conduit dans un état des plus graves à l'hôpital Laënnec, des agents arrêtaient le meurtrier, qui prononçait des phrases incohérentes et le traînaient chez M. Parnet, commissaire de police. C'est un nommé François Cauverin, ancien terrassier, atteint maintenant de folie alcoolique.

Le magistrat l'a fait écrouer à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 9 novembre 1905.)

9. *Tentative de meurtre et suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du jeudi 9 novembre 1905) :

Une ménagère de Deuil, près d'Enghien, M^me^ Elise François, âgée de trente-huit ans et mère de huit enfants, se trouvait hier soir en son domicile, 5, rue de la Barre, quand, prise subitement d'un accès de folie furieuse, elle saisit sur la table une lampe allumée et la jeta à la tête d'un de ses enfants.

Celui-ci ne fut heureusement pas atteint. Mais le pétrole, enflammé, détermina un commencement d'incendie que les voisins arrivaient assez vite à maîtriser.

Pendant ce temps, M^me^ François avait disparu, sans qu'il fût possible de la retrouver.

Ce matin, vers 5 heures, les employés de la Compagnie du Nord découvraient sur la voie, sous le pont du chemin de fer, le cadavre décapité de la malheureuse.

On suppose que, pendant la nuit, elle se sera jetée du haut du pont, au passage d'un train de nuit.

Le corps a été transporté à la morgue d'Enghien.

10. *Excentricités.* — Un ancien employé de chemin de fer, Louis Rionfet, trente-huit ans, atteint depuis quelque temps d'aliénation mentale, quittait hier matin son domicile, boulevard National, à Clichy, et se dirigeait vers Alfortville. Arrivé sur le pont de Charenton, l'idée lui vint de prendre un bain dans la Seine : il se déshabilla incontinent et sauta dans le fleuve. Il allait se noyer, quand des gendarmes, l'apercevant, se portèrent à son secours et le ramenèrent sur la berge, où ils lui prodiguèrent des soins.

A peine revenu à lui, le dément se débarrassa à coups de tête de ses sauveteurs et, en chemise, se mit à fuir dans la direction de Choisy avec une vélocité incroyable, distançant toutes les personnes qui le poursuivaient.

Les gendarmes le rejoignirent près du Port-à-l'Anglais, au moment où il administrait, avec son propre fouet qu'il lui avait

©BIUM



arraché des mains, une terrible « volée » à un malheureux charretier.

Rionfet a été envoyé à l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, numéro du jeudi 9 novembre 1905.)

11. *Homicide.* — On télégraphie de Bordeaux à *L'Agence Havas*, mardi 14 novembre 1905 :

Le nommé Maurice Dutertre, âgé de dix-huit ans, a frappé d'un coup de couteau puis étranglé la femme Catherine Demars, âgée de trente-neuf ans, avec laquelle il vivait depuis trois mois.

Le meurtrier s'est constitué prisonnier. Dutertre avait quitté récemment l'asile d'aliénés de Montauban, où il avait été envoyé par le parquet de la Seine.

Il se peut qu'il ait commis son crime dans un accès de folie. Il a déclaré qu'il ignorait les motifs qui l'ont poussé à commettre son acte et que depuis longtemps il avait l'idée de le mettre à exécution.

12. *Agression violente.* — On lit dans *L'Aurore* (numéro du jeudi 16 novembre 1905) :

Hier, place du Havre, un ancien garçon de bureau, nommé Louis Dermal, âgé de trente-neuf ans, a été pris soudain d'un accès de folie furieuse.

Il s'est précipité sur des enfants, les frappant violemment à coups de parapluie.

Les gardiens de la paix ont dû engager une véritable lutte pour maîtriser le forcené qui a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

13. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du samedi 18 novembre 1905) :

Un épicier, demeurant rue Bisson, M. Daniel Godon, âgé de vingt-quatre ans, se trouvait, avant-hier, vers 5 heures du soir, dans son magasin, assis près de la porte, en lisant un journal, le dos tourné à la rue. Soudain la porte fut entr'ouverte et un individn porta à l'épicier un furieux coup de couteau dans le dos et s'enfuit.

Cependant le blessé avait eu le temps de reconnaître son agresseur, qui n'était autre que son meilleur ami, Alphonse Deharmes, ouvrier bijoutier, demeurant rue Saint-Maur. M. Boussard, commissaire de police, ouvrit une enquête, qui aboutit, hier. L'agresseur avait été frappé de folie subite et avait commencé par briser son mobilier à coups de hache. Puis il s'était rendu chez son ami pour le tuer.

Depuis, le fou meurtrier, a disparu sans qu'on puisse trouver sa trace. Le blessé, dont l'état est peu grave, est soigné chez lui.

14. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Perpignan à *L'Aurore* (numéro du dimanche 19 novembre 1905) :

©BIUM



A Rivesaltes, un fou qui était revenu de la maison d'aliénés de Limoux, Honoré Espinet, charron, quarante-sept ans, a tué à coups de fusil la veuve Rivais, âgée de soixante-dix ans, et son fils, âgé de trente-sept ans, qui vivaient avec lui. Puis, montant sur la fenêtre du second étage, il blessa à l'épaule d'un coup de fusil, le marchand de chevaux Tounet, qui passait dans la rue. Enfin, lui-même se suicida avec la même arme.

15. *Tentative de suicide et incendie.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 21 novembre 1905) :

L'an dernier, M^me^ veuve Marie Michel, âgée de cinquante-trois ans, demeurant chez sa fille et son gendre, dans un appartement du sixième étage, 9, rue Pasteur, était frappée subitement d'aliénation mentale.

On l'enferma dans une maison de santé, d'où elle sortit au mois de juin de cette année, paraissant complètement rétablie.

Depuis trois jours, la veuve donnait, de nouveau, des signes de dérangement cérabral.

Hier matin, elle embrassa sa fille, et la supplia d'aller faire les provisions du ménage.

Dès qu'elle fut seule, M^me^ Marie Michel alluma une dizaine de bougies qu'elle plaça dans des armoires.

Quelques minutes plus tard, l'appartement était en feu.

Quand les pompiers de la caserne Parmentier arrivèrent, ils trouvèrent la veuve, assise, ensanglantée, dans un fauteuil, au milieu du brasier.

Après avoir allumé l'incendie, M^me^ Marie Michel s'était ouvert la gorge avec un rasoir.

Les pompiers la descendirent dans la rue et la remirent entre les mains des agents, qui la transportèrent à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on conserve peu d'espoir de la sauver.

Après une demi-heure de travail, les pompiers étaient maîtres du feu.

Les dégâts sont assez importants.

16. *Suicide.* — On lit dans *L'Aurore* (numéro du samedi 9 décembre 1905) :

Un malheureux fou, Maurice Hell, âgé de vingt-trois ans, évadé d'un asile d'aliénés où il avait été interné à la suite d'un assassinat commis sur M^lle^ Louise Mottot, s'est suicidé, la nuit dernière, boulevard de la Villette, en se tirant six balles de revolver dans la région du cœur.

Suivant le désir manifesté par le suicidé dans une lettre trouvée sur lui, M. Vaissière, commissaire de police du quartier de l'Hôpital-Saint-Louis, a fait transporter le corps au domicile de sa mère, 125, rue de Flandre.

©BIUM



## TRIBUNAUX

*Rémunération du travail dans les asiles d'aliénés.* — On lit dans le *Répertoire de médecine et de chirurgie* (numéro de février 1906) :

*Le travail manuel ou intellectuel imposé par le médecin, dans un sanatorium pour névropathes ou dans un asile pour aliénés, est un puissant moyen thérapeutique et, sauf stipulations contraires et précises dans l'état actuel, ne donne pas droit à rémunération.*

Un de nos confrères de Belgique, M. le docteur Famenne (de Florenville), nous a adressé, il y a déjà quelque temps, un très curieux et très intéressant jugement que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici faute de place. Nous donnons seulement le résumé de cette affaire, dans laquelle notre confrère a fini par obtenir gain de cause.

Un jeune homme de trente-deux ans, M. R..., est envoyé par le Dr Debray, de Charleroi, en traitement chez le Dr Famenne, de Florenville, qui dirige une maison de cure familiale pour les névropathes. C'est un découragé, aboulique, instable, paranoïque à un degré léger ; depuis plus d'un an il ne fait absolument plus rien que de manger, boire, errer et dormir. Il reste en traitement pendant cinq mois. La cure prescrite est une cure de rééducation psychique, de travail manuel et d'hydrothérapie.

Dans le but de lui réapprendre à travailler, physiquement et intellectuellement, et de rétablir son équilibre physique et mental, le médecin encourage son malade par tous les moyens possibles : sous sa direction, il ratisse les allées du parc, il scie du bois, il cueille les fruits avec le jardinier. De plus, pendant deux heures par jour, il fait du travail intellectuel, comme gymnastique de l'esprit. Le docteur lui donne un compagnon de cure, un père jésuite, comme entraîneur. Ensemble ils font des problèmes d'arithmétique, des traductions d'anglais, etc. Tous les soirs, les deux travailleurs rendent compte au médecin du travail de la journée.

Le 1er décembre 1904, l'entraîneur quitte l'établissement, guéri, pour reprendre ses cours. M. R... reste seul ; c'est alors que le docteur, qui connaît l'anglais et qui vient de recevoir de Londres un livre intitulé « Neurasthénie » par le docteur Savill, a l'idée de demander à son malade d'en traduire quelques pages. Il se dit que celui-ci le traduira plus volontiers qu'un autre livre, parce qu'il s'intéresse beaucoup aux choses médicales ; et puis cela l'encouragera parce que ce sont des observa-

©BIUM



tions de malades guéris. Il lui dit que c'est un service à lui rendre ; il le stimule par tous les moyens. Le soir il l'encourage en lisant la page traduite et dit : « Mais c'est très bien, continuez. »

Ce n'est pas un neurasthénique, ni un imaginaire, c'est plutôt un persécuté auquel la lecture d'un livre de médecine ne peut que faire du bien.

Bref, au bout d'un mois, R... a traduit 40 pages du livre qui en contient 170. C'est pour cette traduction qu'en janvier, après avoir quitté la maison du docteur et s'être brouillé avec celui-ci, et avec ses parents, à bout de ressources, il a l'idée de réclamer 300 francs en justice de paix, et le juge après audience et par un jugement rendu à huitaine lui en alloue la moitié, et condamne le docteur aux frais du procès.

Ce jugement est réformé en appel. R... est débouté de sa demande et condamné aux dépens des deux instances.

*Un kleptomane.* — Au mois de mars dernier, les employés de la Bibliothèque nationale s'apercevaient que les planches de plusieurs ouvrages d'histoire naturelle, mis en lecture dans la salle publique, disparaissaient comme par enchantement des livres les contenant. Une surveillance spéciale fut organisée et l'auteur de ces vols découvert et arrêté. C'était un sieur B..., âgé de cinquante-quatre ans, et nanti du titre de docteur en médecine de la Faculté de Boston. Les explications singulières qu'il fournit sur les mobiles de son acte déterminèrent le tribunal correctionnel à commettre le Dr Vallon pour l'examiner au point de vue mental.

L'expert ayant procédé à sa mission, l'affaire revenait hier devant le tribunal.

Le prévenu avait, au sujet de la soustraction reprochée, fait la déclaration suivante :

— J'avais conçu le projet d'écrire une encyclopédie de géologie et de paléontologie, bien que je ne sois pas compétent en ces matières. Je reconnais avoir pris des planches ; or, je n'en avais nul besoin, ayant abandonné le projet d'écrire une encyclopédie.

De son côté, le Dr Vallon terminait son rapport par les conclusions suivantes : « B... est atteint d'affaiblissements des facultés mentales. Il paraît avoir commis les vols reprochés sous l'influence d'impulsions kleptomaniques. J'estime, en conséquence, qu'il ne saurait être rendu responsable. »

Le tribunal, conformément à l'avis de l'expert, a renvoyé le prévenu des fins de la poursuite. (*Le Temps*, numéro du samedi 18 novembre 1905.)

©BIUM



## LA SORCELLERIE ET LES SORCIERS

Ce n'est pas seulement pour la satisfaction de « converser avec les morts », selon l'expression d'Amyot, que M. Gilbert Ballet parlait hier soir en termes excellents des sorciers et de la sorcellerie au nombreux auditoire de l'Institut général psychologique (1). Si la sorcellerie intéresse l'historien, et aussi le médecin, c'est encore pour le philosophe qu'elle est le plus instructive.

La sorcellerie repose sur une légende infiniment ancienne, plus vieille qu'aucune civilisation : celle de l'esprit du mal, et de son action sur les hommes.

L'esprit du mal, c'est Satan. Mais il a une armée — 72 officiers et 7.405.923 soldats ou diablotins. De ces officiers plusieurs portent des noms qui nous sont familiers : Belzébuth, Azarel, Astaroth, Asmodée, Belphégor. Le diable, lui, c'est le tentateur par excellence, le séducteur d'âmes. Sa façon d'opérer est bien simple — d'après les auteurs qni assurent s'y connaître. Se présentant tout à coup, spontanément, ou sur un juron ou sur une plainte de quelque pauvre diable, il apparaît en homme le plus souvent. Saint Antoine, privilégié, le vit sous forme d'une très jolie femme. Il offre de l'argent, promet mille belles choses, à condition que l'on se donne à lui corps et âme. C'est généralement aux femmes qu'il s'en prend : les sorciers sont en nombre insignifiant auprès des sorcières. La femme accepte-t-elle le marché? Le diable le conclut en lui imprimant sa marque, le *sigillum* ou *stigma*, sur la peau. Et on parfait la transaction sur papier signé de sang. Dès lors, voilà la femme devenue sorcière, ayant droit à assister au sabbat. Celui-ci se tient de nuit, dans une lande, un cimetière, une ruine. Pour y aller, rien de plus simple. On se graisse le corps avec un onguent donné par le diable, on se met un manche à balai entre les jambes, et voilà. Chacun sait le rite du sabbat : festin avec crapauds, cadavres, foie d'enfant non baptisé comme plats de choix; on danse ensuite, et on se livre à d'autres exercices qui ne se peuvent narrer. Cela dure jusqu'au premier chant du coq, moment où toute l'assistance se sauve et se met au lit. Tels sont les plaisirs de la sorcière. Mais elle a des devoirs aussi; ils se résument en un seul : faire le mal.

(1) Cette intéressante conférence, dont nous empruntons le compte rendu au *Temps* (numéro du lundi 18 décembre 1905), a été faite le samedi 16 décembre.

©BIUM



Elle jette des sorts, fait mourir ceux qu'elle regarde, rend malades les veaux et fait dépérir les récoltes. Tout cela par sa présence, son regard, son passage, fortifiés par une certaine poudre dont on reconnaît le caractère diabolique à ceci, qu'elle est, par elle-même, parfaitement inerte et inoffensive.

S'il était facile à la sorcière de produire le mal, il était facile aussi de le démasquer. Telle personne était tombée malade? Tel troupeau allait mal? Tel champ était ravagé par la grêle? La coupable devait être celle-ci ou celle-là — dénoncée par un voisin, un enfant, n'importe qui — qui avait peu auparavant croisé la personne, considéré le troupeau, ou passé le long du champ. Comme présomption, cela suffisait. D'autres indices fortifiaient celle-ci. La laideur, quoique à l'occasion la beauté fît de même. La saleté, la pauvreté, l'âge avancé, la vieillesse — ou l'âge moyen, ou la jeunesse aussi; certains prénoms encore. La clameur publique s'en mêlait, naturellement, car la croyance était universelle. Pic de la Mirandole, Fernel, Ambroise Paré la partagent; il n'y a guère que Rabelais et Montaigne qui doutent. On arrête la sorcière, par derrière, pour éviter les sorts. Et on la met au cachot. Le médecin — un apothicaire ou un barbier souvent — vient en aide à l'inquisiteur; on cherche le *sigillum*, et si l'on trouve une plaque anesthésique, — une région d'insensibilité qu'on puisse piquer sans que l'accusée éprouve de douleur, — la preuve est faite. Trouvant cette plaque aujourd'hui le médecin dit « hystérie »; aux quinzième et seizième siècles il proclamait : « sorcellerie ». Si l'on ne trouvait pas la plaque, on « questionnait ». C'est la torture; la douleur fait tout avouer, même ce qui n'est pas : il ne reste qu'à brûler.

Le nombre des malheureux qu'on a mis à mort pour cause de sorcellerie est incalculable. Mais en somme, les beaux jours de la sorcellerie sont relativement courts; ils durent de Jeanne d'Arc à la fin du dix-septième siècle. Et c'est à Rouen, sur la place où mourut Jeanne d'Arc, inculpée aussi de sorcellerie, que périt à la fin du dix-septième siècle le dernier sorcier qu'on ait brûlé en France.

Comment faut-il interpréter la sorcellerie, cette légende à laquelle tous croyaient, magistrats, prêtres, médecins, savants, humanistes, bourgeois et peuple? Michelet y a vu une manifestation de la misère et du désespoir; les sorciers seraient des révoltés, des anarchistes. Cette thèse, dit M. Gilbert Ballet, est inacceptable. La vérité est bien plutôt dans l'œuvre d'un dramaturge moderne, celle où M. Sardou nous montre trois types de sorcières : la victime, la simple d'esprit et la folle. La sorcière du type de Zoraïa est légion dans l'histoire de la sorcellerie : c'est la victime, la calomniée. Manuella, la simple

©BIUM



d'esprit, est rare ; Afrida, la malade, l'hallucinée, tient une grande place, au contraire. Les sorcières étaient ou bien de malheureuses calomniées, injustement accusées, ou bien des malades, comme le disait Jean Wier, qui croyait à la sorcellerie pourtant, mais défendait les sorcières contre la justice. Mais quelles sortes de malades? Il est facile de s'en rendre compte par les récits qui nous sont parvenus. Il y avait des mélancoliques, des persécutés, peut-être des délirants par intoxication (car l'onguent diabolique contenait des toxiques comme la jusquiame, la belladone, etc.), des hystériques en quantité, des théomanes et des monomanes aussi, espèce fréquente autrefois, mais devenue rare maintenant, qui a donné quelques régicides, des philosophes, et même des saints, en outre d'un fort contingent de sorcières.

Présentée avec une grande clarté et une remarquable facilité de parole, la théorie générale de la sorcellerie, telle que nous venons de la résumer, n'est toutefois pas ce qui intéresse le plus le conférencier. Il n'a raconté que pour arriver à une conclusion, à une philosophie. *In caudâ venenum.* Cette philosophie est d'ailleurs fort simple. C'est que la sorcellerie ne s'explique que par les trésors de crédulité de nos ancêtres. Ils n'avaient aucun sens critique, aucun esprit scientifique en cette matière. Mais sommes-nous bien sûrs de n'être pas un peu comme eux? Bien sûrs de n'être pas trop confiants en notre science? Bien sûrs de ne plus tenir pour criminels des individus qui, en réalité, n'étaient que des malades? Il est permis et même recommandé d'en douter. « Si le médecin se mêle de la sorcellerie, s'écriait douloureusement Delrio, on ne brûlera plus personne. » C'est ce qui est arrivé. Mais Delrio n'est pas mort. Par la bouche d'un magistrat éminent, il y a peu d'années, il répétait — en se modernisant : « Si les médecins s'en mêlent, on ne condamnera plus personne. » C'est à quoi l'on arrivera, dit M. G. Ballet. On ne condamnera plus : on soignera ; et, rétrospectivement, on tiendra pour fort barbares les lois sous lesquelles nous vivons en ce moment. Notre justice actuelle n'est pas définitive : il est permis de croire que l'on en possédera une dans trois cents ans qui sera aussi supérieure à la nôtre que celle-ci l'est à la justice du dix-septième siècle. De quel droit croire que le progrès ne se prolongera pas, et que nous avons prononcé le dernier mot de la civilisation? N'y a-t-il pas là une infatuation aussi puérile que déplorable?

©BIUM



## FAITS DIVERS

*Exposition internationale de Liége* (1905). — Le ministère de l'Intérieur de France a obtenu à cette exposition le diplôme du grand prix.

Participent à cette haute récompense : la Maison nationale de Charenton, les asiles de Bailleul et d'Armentières (Nord), les asiles de Quatremares et de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

*Admission des femmes au concours de médecin des asiles.* — M^lle^ Madeleine Pelletier, docteur en médecine et interne à l'asile de Villejuif, avait écrit, il y a quelques mois, au ministre de l'Intérieur pour solliciter l'autorisation de prendre part au concours des médecins des asiles jusqu'ici fermés aux femmes.

M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, estimant « qu'il n'y avait aucune raison de mettre des barrières à l'activité des individus en raison de leur sexe, et que la capacité seule devait être prise en considération », a décidé que M^lle^ Pelletier serait admise à prendre part au prochain concours.

*Réclamations des infirmiers des asiles de la Seine.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 20 janvier 1906) :

« M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, a reçu hier une délégation des infirmiers des asiles d'aliénés de la Seine qui venait lui soumettre les doléances du personnel au sujet de l'application du règlement du 20 mars 1857 fixant les conditions de leur service. Ce règlement, qui avait été préparé au ministère de l'Intérieur pour servir de type aux règlements que les administrations départementales auraient à imposer dans les asiles soumis à leur contrôle, est à peu près tombé en désuétude, parce qu'il ne répondait plus aux exigences actuelles.

« Des modifications importantes y ont été introduites soit par décisions des préfets, soit par délibérations des conseils généraux. Mais au dire de la délégation, ces modifications n'ont pas toutes été favorables au personnel infirmier ; on n'a généralement tenu aucun compte de ses plus légitimes revendications.

« M. Mirman a promis d'étudier les remaniements qu'il convient d'apporter au règlement de 1857 pour le mettre plus en harmonie avec les conditions actuelles du service. Il a l'intention de faire procéder à une enquête pour pouvoir se rendre compte des modifications que les administrations départementales ont apportées de leur propre autorité à ce règlement de 1857.

©BIUM



« En ce qui concerne le département de la Seine, il a promis de s'entendre avec le préfet, les services de ce département étant les plus importants.

« M. Mirman a fait le meilleur accueil à la délégation et lui a donné l'assurance qu'il chercherait le moyen de donner satisfaction aux besoins du personnel, sans toutefois négliger l'intérêt des malades. »

*Journal rédigé par des aliénés.* — Nous avons sous les yeux les premiers numéros d'un nouveau périodique en langue espagnole qui, par son origine, ses moyens et son but se recommande tout particulièrement à la considération des psychiatres.

Rédigé, composé, imprimé par les aliénés de l'Hôpital des Grâces, à Buenos-Ayres, *Ecos de las Mercedes* (c'est le nom du journal) constitue dans l'esprit de notre distingué confrère, le Dr D. Cabred, un procédé thérapeutique supplémentaire, un adjuvant pour le traitement de la folie. Outre l'émulation littéraire ou matérielle, l'éveil des sentiments d'intérêt et de goût pour une œuvre personnelle qu'il provoque chez les malades, en plus de l'agrément que trouvent, les uns dans la lecture, les autres dans le faire et la publication des pièces y insérées, ce fascicule bi-mensuel exerce, encore, sur ses participants, une action modératrice évidente, une discipline dont leur intelligence bénéficie. Pour voir accepter ses productions, chacun fait de son mieux, à tous les points de vue : les articles publiés, prose ou vers, espagnol, français ou italien, ont vraiment si belle apparence, rehaussés de lettrines, fleuris de culs-de-lampe, sommés de rinceaux, illustrés même, à l'occasion, et tirés en caractères neufs sur de merveilleux papier!

Pour n'être point absolument originale (il existe des précédents européens), l'entreprise n'en reste pas moins des plus louables, vu son idée directrice, et c'est de grand cœur que les *Annales* joignent leurs meilleurs vœux à ceux de la presse argentine pour le succès du nouveau journal. E. N.

*Le rédacteur en chef-gérant* : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Psychologie morbide

—

# FRANÇOISE FONTAINE

### POSSÉDÉE DE LOUVIERS (1591)

**Par le Dr Paul PROVOTELLE**

Ancien interne en médecine des asiles publics d'aliénés.

« Il advint dans Louviers un cas esmerveillable, et digne d'être icy récité, qu'il fut tel... »

PALMA CAYET (1), *Mémoires.*

On a publié un certain nombre de monographies sur les possédées et les démoniaques. Leur rang dans la classification nosologique a été suffisamment élucidé

(1) Palma Cayet (Pierre-Victor), né à Montrichard (Touraine) en 1525, mort en 1610. Disciple de Ramus. Protestant. Prédicateur de Catherine de Bourbon. Se convertit au catholicisme en 1595. En 1596, professeur d'hébreu au collège de Navarre. Ouvrages : *Controverses. Traductions. Chronologie novennaire* (1608). *Chronologie septennaire* (1605), contenant les événements qui se sont succédé de 1589 à 1604. Ouvrages diffus et où l'auteur rapporte sans beaucoup de critiques tous les faits que la rumeur publique lui a fait parvenir.

©BIUM



pour que nous ayons la prétention de recommencer à nouveau. Cependant il nous a semblé intéressant, à titre documentaire, de signaler un cas qui s'est présenté en 1591 à Louviers, et qui paraît peu connu.

Ce cas du reste fait partie du domaine de l'histoire de Normandie ; double raison qui nous a décidé à le mettre en lumière.

Un consciencieux écrivain (1) a signalé, il y a quelques années, Madeleine Bavent, religieuse du couvent Saint-Louis à Louviers ; — elle eut une devancière : — l'héroïne n'était pas une religieuse, mais une simple « chambrière », Françoise Fontaine, au service d'un sieur Le Guay, demeurant dans une petite rue vis-à-vis du parvis de l'église. Une bonne partie du récit de Palma Gayet peut être taxée d'exagération, mais l'ensemble en est assez intéressant pour mériter d'être rapporté.

Nous pourrions dire que Louviers était en état de réceptivité ; la ville venait d'être prise par les partisans du roi qui en avaient nommé le sieur du Raulet (2) gouverneur. Les ligueurs avaient un extrême dépit d'avoir perdu cette place et cherchaient par tous les moyens possibles à s'en rendre maîtres à nouveau. Les esprits étaient dans un certain état de surexcitation, il

---

(1) Lucien Barbe, vice-président de la Société d'études diverses de Louviers. Histoire du couvent de Saint-Louis de Louviers, *Bulletin de la Société d'études diverses de Louviers*, t, V, 1898, chez Izambert, Louviers. — Cette étude est consacrée, en grande partie, à Mad. Bavent et à ses complices, soit vingt-deux religieuses possédées et trois prêtres : David, Mathurin Le Picard, Thomas Boullay. Nous signalons en outre, à ce sujet, l'intéressante et importante bibliographie qui suit ce consciencieux travail.

(2) Pierre Le Blanc du Raulet ou du Roullet, chevalier de l'Ordre du Roy, conseiller en son conseil d'Etat et privé, maréchal de camp, maître des cérémonies de France, prévôt général de Normandie, gouverneur de la ville et citadelle de Louviers. Il est curieux de rapprocher ce fait que ce fut en 1616, sous la présidence du même sieur du Roullet, que fut fondé le couvent de Saint-Louis qui devait présenter, plus tard, la fameuse affaire de Madeleine Bavent.

©BIUM



était naturel que la grande névrose fît son apparition.

Ce ne fut qu'un cas isolé — grâce peut-être à ce que l'affaire fut menée rondement — comme on le verra plus loin.

* * *

Ce fut donc dans la nuit du 16e d'avril 1591 que le capitaine du corps de garde situé place de l'Église — un nommé Diacre — entendit un grand bruit se produire dans une maison située dans la petite rue qui donnait sur la place. Croyant que c'étaient des ligueurs qui s'étaient assemblés en vue d'un coup de main, il donna l'alarme et on accourut de toute la ville. Sans que l'on vît personne, dit le chroniqueur, « tables, bancs, chaises, landiers de cuivre et autres meubles étaient jetés par la fenêtre ». On jeta quelques pierres dans la chambre et brusquement tout le bruit cessa.

« Puis deux femmes se présentèrent aux fenêtres qui crièrent à l'ayde, se voulant jetter du haut en bas, disant que c'étoit un esprit qui les avoit tourmentées et avoit tout renversé sens dessus dessous les meubles de la maison. Diacre et ses compagnons les rasseurèrent, et leur baillèrent par la fenestre une lanterne avec une chandelle allumée dedans, et une hallebarde, et leur commandèrent d'ouvrir la porte ; ce qu'elles feirent ; et montés en la chambre virent les licts, couches et buffets tous renversés sens dessus dessous ; ce que voyant ledit Diacre il en advertit le sieur du Raulet qui s'estoit mis en armes avec tous ses gens de pied et de cheval, lesquels s'estoient rendus diligemment en son logis... »

Le gouverneur arrivé constata le désordre qui régnait dans la maison, mais ne put déceler la présence d'aucun mauvais plaisant ou perturbateur. On laissa une garde et chacun s'en fut coucher.

Le lendemain matin néanmoins du Raulet revint vi-

©BIUM



siter la maison hantée avec l'abbé de Mortemer, Séguier, grand maître des eaux et forêts, et Morel, prévost général de la maréchaussée en la province de Normandie. Ils trouvèrent les deux femmes *fort esbahyes, eschevelées et tout le ménage renversé*.

Ils les interrogèrent et elles déclarèrent que vers minuit un esprit était descendu par la cheminée « comme un brandon de feu »; cet esprit avait poursuivi la servante en la ruelle du lit et l'avait *frappée à coups de hallebarde*, ce dont elle montrait les preuves par des marques sur le visage.

« Le sieur du Raulet se douta incontinent qu'il y avait en tout cela du faict de la chambrière. »

La jeune personne fut donc faite prisonnière et interrogée.

Elle fut *si variable en ses réponses*, qu'on pensa qu'il y avait de la sorcellerie dans cette affaire (1).

*
* *

Elle fut laissée en prison pendant quelques jours... La justice en prenait à son aise et la prison préventive n'était pas plus épargnée qu'à présent aux prévenus; le prévôt partit au service du roy pendant les quinze derniers jours du mois d'août et ne revint que le dernier jour du mois. A peine de retour, au moment de se mettre à table, on vint le prévenir que la « chambrière » faisait scandale à tel point que les prisonniers se révoltaient et le gardien offrait plutôt de rendre ses clefs que de continuer à garder encore la possédée.

Les prisonniers racontèrent au prévôt qu'ils avaient vu une porte « qui était tout ce que sept à huit hommes

(1) En 1861, Constans, inspecteur des asiles d'aliénés, était chargé de faire un rapport sur les démoniaques de Morzines et il eut fort à faire pour lutter contre la superstition et les mauvaises volontés. Il y a pourtant trois siècles d'intervalle entre ces faits !

©BIUM



pouvaient porter » tomber sur la fille, et pendant qu'ils essayaient de l'enlever, un cuvier à lessive et des poinçons qui étaient dans le cachot s'étaient élevés en l'air avec un grand bruit. Quant à la fille, elle était restée depuis comme *évanouie* avec la *gorge enflée*.

On la transporta au parquet. Là, on la vit s'élever *de deux pieds de haut* sans que personne ne la touchât, et aussitôt tomber à terre sur le dos tout de son long, les bras étendus comme une croix, puis se traîner sur le dos devant le parquet.

Vite on envoya chercher le curé de Louviers—Belet (1) — un médecin, du Roussel — protestant — un apothicaire et un barbier.

Pendant ce temps le prévôt lisait un remède contre les maniaques : *In principio erat verbum...*

La fille qui était couchée par terre sur le dos fut soulevée de nouveau à deux pieds de hauteur, puis fut portée ainsi au-devant du prévôt Morel, qui, peu rassuré, s'enfuit et ferma la porte de la salle du parquet derrière lui. Le corps, après être venu heurter la porte avec les pieds, repartit de la même manière hors de la juridiction et s'arrêta dans l'allée de la prison entre la porte et celle de la rue.

Le prévôt, effrayé, ne voulait plus sortir, et ce fut un spectacle qui ne devait pas être banal, celui des prisonniers venant le chercher et lui promettant de l'assister. Réconforté par ce vaillant et digne entourage, le prévôt se décida à employer un autre remède — peut-être bien suggéré par un de ses prisonniers — : « *pour empêcher un sorcier de mal faire il faut le battre, avec un ballay neuf de bois de bouleau* »; on frappa la fille par-dessus ses habits et elle revint de sa pâmoison ; mais bientôt nouvelle crise, mêmes attitudes, gorge très enflée.

(1) Ou Pelet.

©BIUM



Arrive le médecin du Roussel qui, la voyant en cet état, dit « qu'il ne savait donner ordre à cela et qu'elle était possédée du malin esprit ».

Du médecin on la passa alors au curé Belet, arrivé avec l'eau bénite. On le pria d'exorciser la « chambrière ». Aspergée d'eau bénite, elle revint à elle et se plaignit « de sa débilité et lassitude », mais elle ne sembla se rappeler rien. On lui montre un crucifix, elle soupire, mais elle ne veut rien reconnaître de la vérité.— On va lui couper les cheveux si elle résiste— elle voudrait bien que cela fût déjà fait (1) !

En particulier elle avoua qu'elle avait été violée par quelques soldats de la garnison et qu'elle avait quelque chose dans le corps — « ce n'étaient que menteries qu'elle disait ». — Elle était faible, n'avait pas mangé depuis trois jours. On la restaura avec du pain et du vin bénits. Elle refusait de boire, on la presse, elle vide le verre « mais sitôt... »

C'est une petite scène de suggestion :

... Advertis qu'il y avoit *trois jours qu'elle n'avoit mangé*, le prévost et le curé firent venir du pain et du vin, que le curé bénist ; mais ayant refusé de boire, pressée, elle print le vin qu'elle mit dans sa bouche et vuida le verre. Mais sitost qu'elle eut remis le verre sur le bureau où le greffier écrivoit, le vin et le pain se re-

(1) Les cheveux et les poils ont été en effet de tout temps considérés comme impurs. Ils jouent souvent un grand rôle dans les histoires de possédées. Les différentes religions ordonnent à leurs prêtres de se raser ; les mahométans s'épilent encore entièrement le corps à l'heure actuelle. Le diable ne pouvait donc demander aux possédées comme gage que les parties les plus impures d'elles-mêmes. Les poils entrent aussi dans la catégorie des « *choses cachées* » chez les démoniaques, dont ils constituent, pour ainsi dire, un des stigmates prévus par les rituels. Dans l'affaire de Madeleine Bavent, on trouva des hosties avec du poil de dix-huit religieuses et de petits morceaux de linges trempés dans le sang menstruel.

©BIUM



trouvèrent entièrement dedans, *ce qu'elle fit plusieurs fois*, dont le prévost *entra en telle collère, qu'il luy dit que si elle ne buvoit ledit vin et mangeoit ledit pain, il l'offenseroit*. Elle print de rechef le verre, *ce qu'elle fit avec une très grande peine, en suant à grosses gouttes par le front, la gorge fort enflée*, et les yeux qui *lui sortoient à demi de la tête*. »

Cette petite scène est bien décrite : l'ordre d'obéir donné d'une façon suffisamment volontaire, et l'obéissance de la malade, au prix de violents efforts, au milieu d'une angoisse profonde.

Elle entra ensuite dans le récit de son délire hallucinatoire. Elle raconta entre autres choses qu'un grand homme noir s'était depuis quelque temps montré à elle, par plusieurs fois, lui disant qu'elle s'était donnée à lui, quand les trois soldats la violèrent. Il lui avait montré de l'argent — ce disant elle se jetait à genoux en criant : « Je suis morte si je vous dis la vérité, ce grand homme noir me tuera. » Elle ne peut continuer son récit qu'après que le prévôt l'ait rassurée, lui ait promis sa protection. Cet homme noir l'avait tellement importunée qu'elle avait eu sa compagnie par plusieurs fois, ce qu'il avait continué toutes les nuits... sauf la nuit de son arrestation — ce pourquoi il l'avait tellement tourmentée.

C'est alors que se joue dans le parquet une scène épique dans laquelle je crois voir la justice, représentée par le pauvre prévôt, bafouée par les prisonniers, qui étaient peut-être des diables... de ligueurs. Il était à peu près 9 heures du soir. La chandelle du milieu — une grosse chandelle — fut comme soufflée à plusieurs reprises sans résultat, puis elle sortit du chandelier, se frotta à terre et s'éteignit.

Plus de lumière, la partie était belle pour le démon, out comme maintenant chez les spirites.

©BIUM



Alors vacarme effroyable; curé, greffier, geôliers, archers, tous fuient à qui mieux mieux, abandonnant dans le prétoire le malheureux prévôt et sa prisonnière.

« Le prévost se trouvant seul se recommande à Dieu et commande au diable que par la puissance qu'il avait comme juge, il eut à laisser le corps de Françoise, et lui dire ce qu'il demandait. »

En guise de réponse il fut saisi par les jambes, corps et bras. « *Ce* » qui le tenait par les jambes avait de la chaleur; « pour le reste c'était comme une grande pesanteur, et entortillement comme d'un grand vent ».

Puis les coups tombent sur Françoise, qui pousse des cris, et sur le prévôt lui-même : une volée de coups sur le mollet, sur le visage à droite, comme avec quelque chose en bois — peut-être le fameux balai de bois de bouleau. — Il a la peau écorchée du dessous de l'oreille au menton, le long de la mâchoire.

Il veut tirer son épée — on lui saisit le bras — la peau lui est enlevée au poignet droit sur une largeur de quatre pouces, « de la façon d'un grand tiret à fermer une lettre ».

Le curé s'enhardit, et à travers la porte entr'ouverte essaye de tirer à lui le prévôt, mais impossible, le prévôt crie : de la lumière, des flambeaux ! mais on n'ose entrer. Il commence à en avoir assez, il a perdu son manteau, il frappe dans le vide avec son épée, il est attrapé par les jambes, enfin il arrive à s'échapper « toute d'une traite hors d'haleine et fort eschauffé ». Enfin comme on n'entend plus de bruit, tout le monde rentre, Françoise est à terre, le visage arraché comme par les griffes d'un chat et évanouie.

On l'attache solidement et chacun rentre à 10 heures du soir dans son logis... en quel état !

Le matin, le curé décida de la faire conduire à l'église.

©BIUM



Nouvelle complication. Françoise s'était jetée la tête la première dans un puits; on arriva à temps pour la retenir par les pieds et les vêtements, mais on ne put lui faire quitter sa dangereuse position à cause de sa raideur. Le prévôt indisposé — cela se conçoit sans peine avec l'aventure de la veille — ne put s'y rendre. Le curé y alla donc seul, l'exorcisa et on la retira du puits ayant les jambes *gâtées, meurtries et tout offensées.*

* * *

Laissée en prison jusqu'au lundi 2 septembre, elle fut menée en l'église Notre-Dame, en la chapelle de la Trinité, dûment confessée et aspergée d'eau bénite. Le chapelain Buisson dit la messe; puis on voulut la faire communier. Elle renonça au diable, récita le *Misereatur* et le *Confiteor* et s'apprêta à recevoir l'hostie.

« ..... Aussitôt il apparut comme un ombre noir hors de l'église qui cassa une lozenge des vitres de ladite chapelle et souffla le cierge qui était sur l'autel, dont il éteignit tellement le lumignon qu'il semblait à le voir qu'il y eut plus de dix ans qu'il n'avait été allumé.

« Et aussitôt ladite Françoise qui était à deux genoux fut enlevée si épouvantablement que ce fut tout ce que purent faire six personnes que de la ramener à terre sans toutefois voir ni apercevoir aucune chose (1). »

1.200 personnes virent cela, entre autres les abbés de Mortemer, de Rate, les sieurs de Rubempré, les barons de Neubourg, de Noyers et Séguier et plusieurs autres (2).

---

(1) « Nous avons vu des femmes assez chétives acquérir, pendant les crises, une force telle que six hommes ne pouvaient les retenir, renverser en roulant par terre les tables et les meubles et inspirer un véritable effroi aux assistants. » Brachet (de Lyon).

(2) Les religieuses de Saint-Louis font aussi quantité de choses extravagantes pour échapper à la confession. Sœur sainte Marie de

©BIUM



On recommença la présentation de l'hostie.

Alors elle fut élevée plus haut que l'autel et si plusieurs hommes ne l'eussent abattue à terre en la tirant par ses accoutrements, le démon l'eût enlevée ! « Les yeux lui sortaient de la tête, les bras et les épaules lui étaient retournés sens dessus dessous. » (Cf. Loudun.)

Troisième présentation de l'hostie.

Nouvelle élévation en l'air, du côté où la vitre avait été cassée, la tête en bas, sans que ses accoutrements fussent renversés. « A travers les jupes devant et derrière il sortait une grande quantité d'eau (?) et de fumée puante (?). »

La fille revenue à elle adora l'hostie, la baisa sans empêchement, « ce qui fit l'occasion de conversion à la religion catholique de soldats et autres de la R. P. R. »

Mais enfin l'exorcisme n'avançait pas. Le prévôt qui était bien loin d'être un sot — la fin de l'histoire nous le prouve, puisqu'il fit de la suggestion à sa prévenue — se rappela qu'elle avait exprimé le désir d'avoir les cheveux coupés et brûlés.

Au troisième coup de rasoir que le chirurgien bailla, venant sur l'os coronal de la tête, elle fut derechef enlevée en l'air, la bouche ouverte, les *yeux gros* et *renversés en la tête*.

Trois fois cette scène se répéta, comme tout à l'heure pendant la communion. Tout le monde se mit en prières. Enfin, après beaucoup de mal, l'opération fut terminée. En même temps, le long des degrés de la juridiction, on trouvait des cheveux analogues à ceux qui venaient d'être coupés. Françoise les reconnut pour ceux qu'elle

---

l'Esprit se lance à plusieurs reprises dans la vitre du chœur élevée de plus de 4 pieds et passe à travers dans le jardin. Cela à quatre reprises différentes. A noter que chaque fois elle rentrait par la porte de la chapelle. Sainte Barbe de Saint Michel se frappa la tête pendant un quart d'heure entre deux chaises du chœur sans se faire aucun mal. (*Loc. cit.*)

©BIUM



avait donnés au malin et qu'il lui rapportait. Ces cheveux étaient enfoncés de trois doigts dans le plâtre des marches de l'escalier. On les brûla immédiatement. Elle se déshabilla pour qu'on lui rasât le corps tout entier. Elle faillit être enlevée derechef et jetée dans le feu où brûlaient les cheveux. — Puis on lui rasa le poil des aisselles et des parties génitales. Alors Françoise fut soulagée, elle se jetta à genoux et demanda pardon à Dieu, renonçant au malin. Le curé Houdemare la confessa, elle demanda à faire ses Pâques le lendemain et passa la nuit sans bouger dans l'église, veillée par quelques clercs. Elle avoua que depuis qu'on lui avait rasé le poil, elle n'avait plus de vision et se trouvait bien.

On chanta la messe devant du Raulet; elle communia, ce dont tous les assistants louèrent Dieu.

Il paraît qu'elle demeura ensuite à Louviers longtemps encore sans plus rien présenter d'anormal.

Après la reddition de Rouen en 1594, elle alla servir dans cette ville. Le prévost la rencontra un jour et elle vint se jeter à ses pieds. Il ne la reconnaissait pas et son échine n'avait point gardé rancune.

« Mais je suis cette pauvre femme à qui vous avez sauvé la vie à Louviers, maintenant je suis mariée avec un tailleur d'habits et nous vivons grâce à Dieu en tout bien et honneur. — Mon amie, dit le prévost, Dieu vous fasse la grâce de vivre en femme de bien et priez Dieu qu'il vous assiste. »

Et Palma Cayet conclut gravement avec saint Paul : « *Prenons garde à nous, sachant que les ruses de Satan sont grandes!* »

* * *

Conclusions. — Comme les Ursulines de Loudun, comme Madeleine Bavent, comme sainte Thérèse, Marie

©BIUM



Alacoque et tant d'autres possédées et mystiques, Françoise Fontaine présente des symptômes de grande hystérie. Nous ne ferons donc que résumer les traits d'ensemble de cette observation.

*Antécédents.* — Après le procès la malade raconta ses aventures antérieures.

Le début de sa possession aurait eu lieu à Paris, rue Champfleury, où le diable lui serait apparu successivement sous forme d'animaux — pigeon, chat, — enfin, sous la forme humaine. Elle aurait eu ensuite des attaques qui l'auraient fait chasser de chez ses patrons. Elle s'en alla demeurer rue Saint-André-des-Arts, chez un nommé Olivier, d'où elle fut obligée de fuir à la suite d'une histoire analogue : le démon aurait essayé une nuit de la traîner à la cave pour la violer.

L'eau bénite des Cordeliers seule put la faire sortir de la cave.

Hervy, curé de Saint-Jean en grève, et Benoît, curé de Saint-Eustache, voulurent l'exorciser, mais sans résultat.

La femme d'un tailleur — qui ne craignait pas le diable — chose rare en vérité — la prit chez elle et l'emmena en pèlerinage à Notre-Dame-des-Vertus enveloppée d'un drap. Le lendemain, un riche marchand pénétra par sa fenêtre, lui donna des bijoux et elle s'abandonna à lui. C'était encore le démon, elle lui donna un gage de son amour — des cheveux.

Le scandale devint public. Gaëtan, légat du pape, la fit promener en procession. Enfin on l'expulsa pour s'en débarrasser. Elle alla à Poissy, où la femme d'un tailleur nommé Quatre-Mares l'emmena à Bernay. Chassée de Bernay, elle était arrivée à Louviers, où elle s'était placée comme femme de chambre chez le sieur Le Guay, qui possédait une ferme aux environs et où il devait l'envoyer, sans doute à cause de ses attaques.

©BIUM



Symptomes. — 1. *Hallucinations.* — Au point de vue hallucinatoire nous relevons :

a). *Hallucinations de la vue.* — Elle voit le démon sous des formes fortement objectivées : un pigeon, un chat, un brandon de feu. Ces hallucinations sont en outre *mobiles, changeantes.* Elles sont *érotiques* (cohabitation, vilenies), *hallucinations génésiques.* Elles s'accompagnent de phénomènes douloureux (1).

b) *Hallucinations de la sensibilité générale.* — Le démon la jette à terre, la meurtrit, l'outrage. Les hallucinations ont encore le caractère de laisser un souvenir bien persistant dans la mémoire.

c) *Hallucinations de l'ouïe.* — Le démon lui parle, lui commande tel ou tel acte — tuer le juge. — Bourdonnements d'oreilles à Notre-Dame-des-Vertus, durant le pèlerinage qu'elle y fit.

2. *Attaques.* — Françoise Fontaine présente des attaques de grande hystérie avec attitudes caractéristiques : couchée sur le dos, les bras en croix ; ou bien rejetée en arrière. Les assistants ont pu croire par moments qu'elle était soulevée de terre, alors qu'elle se tenait sans doute sur la pointe des pieds — comme à Loudun. — Elle a de la rigidité cataleptique : lorsqu'elle se jette dans le puits, on ne pouvait l'en retirer *tellement elle était raide.*

Les attaques se terminent par émission de beaucoup d'eau — émission d'urines claires et abondantes (?).

Parfois le corps reposant sur la tête et sur les pieds, le tronc en cercle, la poitrine paraît gonflée et la malade semble suspendue horizontalement au-dessus du

(1) Chez toutes les possédées le coït avec le démon est accompagné de douleur, soit qu'il se fît dans des conditions *contra naturam*, ou que le membre du démon présentât un volume extraordinaire ou des difformités. La malade recevait en outre de violentes bourrades dont elle se plaignait d'être toute meurtrie.

©BIUM



sol (1). Les yeux sont relevés en haut. A côté de ces attaques, elle a des crises convulsives avec délire hallucinatoire, pendant lesquelles l'intelligence n'est pas abolie : la scène du prétoire, par exemple, qu'elle explique avec une richesse d'imagination propre aux hystériques.

Exemple : A. Le démon avait un couteau pointu à manche noir pour tuer le prévôt et enlever Françoise ; ne pouvant y arriver, il l'aurait battue elle-même pour qu'elle tuât le juge.

B. La scène de la nuit du 16 août : Hallucinations, impulsions, elle jette tout par les fenêtres.

C. La scène de la cave chez le sieur Olivier, à Paris.

*Suggestibilité.* — 1° Scène du verre de vin. Elle refuse, on la presse, elle le boit enfin avec effort, avec une anxiété profonde.

2° On menace de lui faire couper les cheveux. Justement elle attribue la persécution dont elle est sujette de la part du démon aux cheveux qu'elle lui a donnés. Elle désire donc ardemment qu'on lui coupe tous les poils, et c'est lorsque le dernier est tombé que la malade cesse d'entrer en convulsions. N'est-ce pas là le phénomène d'*auto-suggestion ?* Tout accident cesse aussitôt que la cause présumée a disparu.

*Caractère de la malade.* — Le caractère de la malade en dehors de ses attaques est bien celui d'une hystérique. Le point de départ de ses récits est toujours l'histoire de son viol. Elle est pourvue d'une imagination qui ne la prend jamais à défaut. Elle arrange dramatiquement les faits où elle joue un rôle important ; elle donne un luxe de détails vraiment caractéristiques — un couteau pointu à manche noir, — etc. Elle fait des pèlerinages, elle intéresse à son sort le légat du pape qui l'a

(1) Opistothonos très accentué. Arc de cercle.

©BIUM



fait promener en procession. Les expulsions successives de toutes les localités où elle chercha à se placer comme femme de chambre complètent sa physionomie d'hystérique sans cesse en mouvement, mystique, persécutée.

Il est assez difficile à distance de faire la part de ce qu'il y a de vrai et de ce qui est imaginatif, soit dans les récits de la malade elle-même, soit dans l'invention de P. Cayet.

C'est ainsi que l'histoire du riche marchand qui lui donne des bagues pour coucher avec elle n'a rien d'invraisemblable. Comme elle était dans une période d'excitation — elle venait de faire un pèlerinage — elle ne paraît pas s'être refusée aux propositions agréables que lui fit cet homme qui se disait marchand de l'autre monde, qui était entré par la fenêtre, lui avait promis le mariage, et lui fit subir « mille vilénies indignes de référer ». Tout naturellement elle rattache cette aventure à ses hallucinations précédentes. Depuis elle eut, disait-elle, des relations tous les jours avec le malin. Elle s'habituait à lui quoiqu'il la battait et l'outrageait ; mais par continuation de temps elle était amoureuse de lui et lui donna ses cheveux en gage.

Nous pouvons noter enfin qu'il faut tenir compte de la crédulité du digne historien Palma Cayet, qui ne s'est guère ému de rapporter des récits du temps que l'on peut taxer d'exagération et de supercherie. Par exemple les cheveux implantés de trois pouces dans le plâtre, la fumée et l'eau qui sortaient des jupes, les enlèvements en l'air, sont autant d'exagérations qu'on retrouve identiques dans l'affaire de Loudun, dans l'affaire postérieure de Louviers, dans l'épidémie de Morzines en 1861, chez les nonnes de Uvernet, comté de Hornn, etc.

Quant à la supercherie, la scène du prétoire semble être merveilleusement combinée pour administrer une

©BIUM



raclée au malheureux prévôt Morel. La possédée n'était sans doute pas volontairement du complot, car elle aussi y reçut des coups : elle en porta les traces ; cependant elle fut la complice involontaire de ceux qui profitèrent de son délire. Peut-être les prisonniers ? peut-être les ligueurs ?...

Rappelons-nous que la scène se passe en pleine guerre civile, pendant une période troublée, et que l'on peut penser à une vengeance — bien innocente si on la compare à tant d'autres, pendant cette période ensanglantée.

En tout cas Françoise Fontaine ne fut pas brûlée : dénouement heureux bien différent de tant d'autres, où le fanatisme et l'ignorance poussèrent de malheureuses victimes au bûcher. Il nous a donc paru qu'il serait intéressant de signaler le cas présent, qui mérite d'avoir sa place historique auprès de ceux et de celles qui, sous le couvert de *la grande Polymorphe*, ont effrayé et intrigué tant de générations et dont l'affection exerce encore la sagacité des médecins et des psychologues.

---

©BIUM

# ANOMALIES
## OBSERVÉES DANS LES RAPPORTS SOCIAUX

**Par M. Al. BABEL (de Berne),**
Docteur ès sciences.

Nous avons été amené, depuis un certain nombre d'années, et pour ainsi dire inconsciemment, à observer, chez les gens qui sont dans notre entourage, des manifestations vitales qui ne nous paraissent avoir été jusqu'ici ni signalées, ni décrites, ni envisagées au point de vue général et constant qui va nous occuper.

1° *Des troubles sensoriels qui semblent consister en une hypo et une hyperesthésie des organes.* — Une ou plusieurs personnes, dans une société, perçoivent certaines sensations que la majorité déclare ne pas ressentir, ou, *vice versa*, certaines personnes n'ont pas notion de sensations perçues par la majorité des gens présents. Ce ne sont pas toujours les mêmes personnes qui présentent des troubles, mais toutes les personnes indifféremment sont affectées de cet état anormal et temporaire, car nous l'observons tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre, sans qu'il soit possible de trouver une raison explicative de ces mutations continuelles.

A table, une personne pourra trouver un arrière-goût ou même un goût franchement mauvais à la dégustation d'une préparation culinaire que la majorité mangera avec plaisir, en la déclarant exquise. Nous avons souvent été mis dans la possibilité de rechercher ultérieurement s'il n'y avait pas quelques circonstances

©BIUM



accessoires qui pouvaient expliquer ces divergences, et nous avons alors souvent trouvé qu'à la suite d'une négligence ou d'un accident telle substance étrangère à la confection du mets avait été, en effet, mêlée en quantité si petite, qu'elle avait échappé à la perception de la majorité. Par contre, certaines personnes peuvent trouver exquises des substances notoirement de qualité inférieure ou avariées, que la majorité déclare exécrables.

Certaines personnes voient et décrivent exactement des objets très distants, hors de la portée des vues ordinaires, comme des étoiles ; par contre, elles peuvent, à certains moments, être dans l'incapacité absolue d'apercevoir des choses qui tombent sous les sens d'un chacun. Elles entendent de même des bruits imperceptibles à la grande majorité des gens, tels la marche d'une fourmi éloignée de quelques mètres, un choc dans le lointain; et, lorsque les circonstances s'y sont prêtées, que le bruit était caractéristique, nous avons pu fort souvent, par une recherche ultérieure, nous rendre compte du bien fondé, de la réalité de la perception, quoique l'éloignement fût assez considérable pour expliquer le fait qu'en général il n'avait pas été perçu. Elles sont capables de faire des différences excessivement délicates par le toucher entre des tissus de fabrication très semblable, décelant des tares, des défauts inappréciables et que, pourtant, grâce à des artifices expérimentaux, on peut confirmer comme réels.

L'odorat peut être assez développé pour saisir des odeurs très faibles, même pour en attribuer à des choses qui ne semblent pas en avoir, et permettre à certaines personnes de les distinguer les yeux fermés et sans les toucher. Elles peuvent aussi, dans certaines circonstances, ne percevoir qu'un seul parfum dans un mélange complexe, soit qu'il leur semble prédominer, soit qu'il leur semble exister à l'exclusion de tout autre.

©BIUM



Ainsi, une personne, toujours parfumée avec la même odeur, de l'eau de Cologne, par exemple, leur semblera répandre un parfum exquis et très net, tantôt de géranium, tantôt de rose, tantôt de violette. Quelquefois, pour le goût, la même différenciation se présente entre les divers composants; ainsi, le même vin doux et tannifère leur semblera, une fois sucré, une fois acerbe. L'anosmose, ainsi que la disparition du goût, peuvent être même parfois complètes.

2° *Des états oscillant entre ceux que l'on a coutume d'envisager comme étant le résultat d'une fatigue ou d'une surexcitation plus ou moins prononcées et qui peuvent aller jusqu'à l'inconscience ou au moins la fausse appréciation de la portée des actes effectués.* — Des personnes, à table, tout à coup parlent moins, ou même, cessent de causer, penchent la tête, semblent plongées dans de profondes réflexions. Elles font preuve d'un état d'affaissement complet, marmottent des paroles incohérentes, s'accoudent d'un air harassé, sont maladroites, renversent, par inadvertance, leur verre, leur manger, en le portant à la bouche. Si on leur adresse la parole, ou il faut leur répéter la question, ou elles ont mal compris et répondent d'un ton las et de travers. Si on les rend attentives à leur état de prostration, elles s'en montrent fâchées et n'ont pas l'air de s'être rendu compte de cette dépression. Elles peuvent, au contraire, être manifestement surexcitées, les yeux sont brillants, elles causent avec tant de volubilité que parfois elles en oublient de manger; le port est fier, mais les gestes sont exagérés, incoordonnés, maladroits : elles tremblent renversent involontairement les objets, se piquent avec leur fourchette en la portant à faux à côté de leur bouche ou sur les dents; elles présentent souvent une certaine gêne à s'exprimer par manque d'expressions ou par bégaiement, parfois, les idées sont un peu incohérentes

©BIUM



et manquent d'enchaînement, elles font ainsi des coq-à-l'âne fort risibles. Dans les deux cas, elles peuvent être amenées à dire des choses qu'il est à présumer qu'elles auraient voulu garder pour elles : dans le premier cas, comme inconsciemment ; dans le second, comme poussées par une force irrésistible.

Leur mémoire peut être, ou amoindrie au point qu'elles doivent chercher les expressions les plus usuelles, ou, au contraire, exagérée ; alors, se pressent en foule sur leurs lèvres des détails infimes, des souvenirs de leur enfance, des notions qu'elles avaient emmagasinées par hasard, dont elles ne se souviennent pas à l'état ordinaire, qu'elles expriment avec une certaine crainte, comme si elles n'en saisissaient pas le sens. Dans le premier cas, elles semblent peu disposées à l'action, tendent à se faire servir, se contentent de ce qui leur tombe sous la main, s'étendent, bâillent, négligent leur toilette, sont peu scrupuleuses, apathiques ; par contre, elles peuvent devenir très actives, prendre une conscience exagérée, minutieuse et scrupuleuse, ne laissant rien passer : elles font attention à la moindre imperfection, à la moindre tache, au moindre grain de poussière, au besoin paient de leur personne, se livrent même à des occupations puériles comme si elles avaient une réserve d'activité à dépenser à tout prix.

Dans certaines conditions, les arts, la beauté de la nature ne les touchent pas ; dans d'autres, au contraire, elles sont vivement intéressées, semblent jouir infiniment de ce qu'elles entendent ou contemplent, se livrent à une foule d'aperçus ingénieux et profonds. Tout travail, tel que lire, écrire, même causer, provoque, dans les deux cas, l'apparition de gestes maniaques, qui consistent à se gratter une partie quelconque du corps, surtout la figure, se sentir le bout des doigts, se tirailler les poils ou les vêtements. A l'état de fatigue, l'activité

©BIUM



des sens semble plutôt émoussée, c'est alors qu'elles peuvent trouver un certain plaisir à goûter des choses inférieures en qualité, tandis qu'à l'état d'excitation la sensibilité semble exagérée, elles paraissent craindre la moquerie, se vexent facilement, se mettent en colère pour des motifs puérils, et se laissent entraîner à des excès sans rapport avec la cause première ; le moindre bruit les fait tressaillir, elles accusent des perceptions d'odeurs imperceptibles, qui semblent leur causer un sentiment pénible et désagréable. A l'état de fatigue prédominent l'avarice, la méfiance, l'égoïsme, l'esprit dogmatique ; par contre, à l'état d'excitation, elles deviennent généreuses, libérales, familières, aimantes. Ces états s'observent chez certaines personnes formant une réunion et pas chez les autres. Mais les mêmes personnes ne sont pas toujours affectées au même point ; les unes sont plus ou moins excitées, tandis que les autres sont fatiguées ; présentant tour à tour, à des degrés divers, toutes les différentes manifestations que nous venons d'esquisser dans les tableaux précédents.

Les deux états semblent passer alternativement d'une partie de l'assistance à l'autre, de telle façon que la même personne peut, tour à tour, être fatiguée ou excitée, plusieurs fois dans la même heure. Cependant, un des deux états peut prédominer pendant plusieurs jours, la personne restant sous son action visible dans la plus grande partie de ses actes ; l'autre ne venant qu'exceptionnellement en troubler le cours d'une manière fugitive.

3° *De petits malaises, toujours les mêmes, qui se répètent d'une façon périodique.* — Démangeaisons sur les côtés du cou, qui peuvent dégénérer en boutons. Elévation de la température du visage, qui apparaît rouge, congestionné, et froid glacial des pieds. Chatouillements dans différentes parties du corps, du nez surtout, où

©BIUM



ils sont accompagnés, disent les personnes, d'une sensation pareille à celle qui serait ressentie par un léger massage effectué par un doigt invisible. Nystagmus. Maux de tête sous forme de casque neurasthénique, ou de douleur au-dessus de l'arcade sourcilière gauche; les yeux sont rouges, congestionnés; elles accusent une lourdeur du globe oculaire gauche. Chaleur incommodante des mains et des pieds, avec gonflement des articulations, qui peut aller jusqu'à la formation de plaies.

Telles sont les principales manifestations groupées sous trois chefs artificiels, de façon à en rendre l'exposition plus facile.

Notre attention a été attirée sur tous ces faits depuis environ une période de huit années. Ces constatations se sont faites peu à peu, nous le répétons, d'une façon pour ainsi dire inconsciente. Si nous nous reportons aux temps précédant cette époque, nous trouvons bien dans notre mémoire quelques faits qui s'y rapportent, mais à l'état isolé, et qui ne prennent d'intérêt que rapportés à notre connaissance actuelle, ce qui explique qu'ils n'aient pas attiré notre attention antérieurement. Puis, peu à peu, ces constatations sont allées en s'accumulant, se reliant les unes aux autres, formant un tout inextricable, dont les tableaux précédents ne donnent qu'une bien faible idée, et sont destinés seulement à présenter l'apparence générale du phénomène. Il nous est impossible de décider si, de tout temps, ces faits se présentaient à notre entendement, et que leur enregistrement successif n'est dû qu'à une observation de plus en plus développée par l'exercice et la connexion à un noyau central de connaissances de plus en plus volumineux, ou s'ils ne se sont produits que graduellement sous l'action d'une cause encore inexpliquée. Nous les avons observés pendant tout ce laps de temps, partout où nous nous sommes trouvé, sur une aire assez étendue de l'Europe;

©BIUM



chez les inconnus aussi bien que chez les personnes plus ou moins dans notre intimité. Le tempérament, le sexe, l'état de santé, l'occupation ordinaire, l'éducation, ne paraissent pas jouer de rôle prépondérant. Chacun présente une plus ou moins grande partie de ces symptômes, suivant les circonstances. Par moments, le phénomène passe par un point maximum, c'est-à-dire que les manifestations affectent plus profondément les individus, qu'elles sont plus visibles, plus caractéristiques pour un œil peu exercé, et alors frappent tout le monde, pour peu que l'attention soit attirée accidentellement; puis il diminue ou change de forme pour passer par un minimum, pour recroître quelque temps après, et ainsi de suite, sans qu'il soit possible de trouver une relation entre ces productions étranges et les événements extérieurs.

Nous avons, à maintes reprises, essayé d'attirer l'attention d'autres spectateurs sur ce qui se passait, et ils étaient frappés alors de ces bizarreries, trop contraires à l'éducation des gens envisagés pour qu'elles fussent admissibles. Quelquefois même, certains d'entre eux attiraient spontanément notre attention sur des gestes ou paroles bizarres qu'ils remarquaient et qui leur paraissaient incompréhensibles. On pourrait en induire que ces faits peuvent frapper des tiers, surtout lorsqu'ils sont exagérés; mais que, par suite de l'isolement dans lequel restent ces constatations, ils ne peuvent saisir l'importance qu'elles prennent aux yeux de l'individu qui les voit constamment se répéter en tout et partout, avec des hauts et des bas, comme c'est notre cas. Il se pourrait aussi que ce ne soit pas un fait d'ordre général, et qu'il ne se produise qu'autour de nous, comme pour ainsi dire provoqué par une émanation de notre personnalité, à un titre quelconque; ceci expliquerait qu'ayant davantage l'occasion d'en observer les manifestations,

©BIUM



nous ayons été graduellement amenés à les coordonner à notre insu.

Quoi qu'il en soit, tout semble se passer comme si une cause invisible agissait sur les personnes, tantôt en les fatiguant, tantôt en les excitant, les menant au gré de désirs incompréhensibles et vers un but inconnu. Toutes les constatations faites ne sortent pas de ce qu'on peut observer constamment chez certaines personnes plus ou moins névrosées, plus ou moins neurasthéniées. Mais elles revêtent un caractère général qui fait que continuellement notre entourage serait uniquement composé de neurasthéniques. Ces processus ne semblent pas laisser de traces sensibles dans les organismes, car, l'action passée, tout reprend un cours normal, au moins en apparence. Nous ferons cependant une exception pour la mémoire, qui semble être et rester obnubilée pour certains actes effectués dans les états poussés à l'extrême.

Il nous a été jusqu'ici, naturellement, matériellement impossible de nous rendre compte de ce qui se passait hors de notre présence, car il nous aurait fallu des collaborateurs qui, ayant vécu avec nous ces faits, pussent, à leur tour, voir ce qui se passait autour d'eux. Ceci nous a malheureusement manqué. Cependant, il est permis de supposer que, d'une façon générale, la société humaine n'est pas universellement neurasthéniée et qu'il y a un facteur inconnu qui vient troubler, d'une manière permanente, le jeu des organismes vitaux, au moins en notre présence.

La preuve expérimentale de l'existence réelle de ces processus, jusqu'ici uniquement restés dans le domaine de l'observation pure, pourra être facilement effectuée, partiellement, surtout s'ils ont une tendance à se produire d'une façon exagérée en présence de notre personne. Il suffirait, dans un milieu quelconque, de sou-

©BIUM



mettre préalablement les personnes à un examen de quelque durée, au point de vue de leurs constantes sensorielles moyennes, en notre absence, puis de répéter les mêmes mesures pendant notre présence temporaire dans ce même milieu ; les perturbations moyennes accusées correspondraient, sans doute, aux troubles sensoriels que nous constatons continuellement chez les personnes qui nous entourent. Les mêmes mesures, effectuées après notre départ, permettraient de se rendre compte si l'action persiste, temporairement ou plus longtemps.

Nous nous abstiendrons de tirer les conséquences multiples qui peuvent être déduites de ces phénomènes. Chacun sera à même de le faire, d'une façon beaucoup plus profitable, dans sa propre sphère. Il se peut, en effet, que certaines personnes soient plus ou moins aptes à voir se manifester autour d'elles une série d'actes qui passent inaperçus pour la majorité. Cela expliquerait une foule de constatations qui ont été mises en quarantaine, comme semblant exagérées ou sous la dépendance d'un dérangement du système nerveux avec état plus ou moins hallucinatoire. Nous nous abstiendrons également de présenter une tentative quelconque d'explication de ces faits, qui serait prématurée, rien n'équivalant, à notre avis, une série d'observations faites pendant une longue durée de temps, en se mettant à l'abri de toutes les causes possibles d'erreur, pour les rendre irréfutables. Par contre, nous nous mettons à la disposition de toutes les personnes que de plus amples détails pourraient intéresser.

©BIUM

# Pathologie.

SUR

# UN CAS DE DÉLIRE COLLECTIF

## OU FIGURE UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL

**Par le Dr G.-G. DE CLÉRAMBAULT**

Médecin-Adjoint de l'Infirmerie Spéciale du Dépôt près la Préfecture de police.

Parmi les cas de codélirants amenés ensemble à l'Infirmerie Spéciale, s'est rencontré, au début de cette année, celui d'un couple conjugal remarquable surtout en ceci, que l'un des sujets étant un paralytique général, la physionomie du délire chez ce dernier, et même le degré de cohésion entre les deux délirants s'en étaient, sous divers rapports, ressentis.

### I

Le nommé Edmond C..., et sa femme, Marie-Antoinette C..., née R..., nous furent amenés le 17 février 1906, après avoir été l'objet d'une instruction judiciaire, d'une expertise médico-légale et d'un non-lieu.

D'après la procédure d'envoi, ils habitaient, auprès de Paris, une villa leur appartenant, le mari était employé dans une grande administration, ils avaient trois enfants vivants. Ces derniers se trouvaient alors en province, sous la garde de leur grand'mère paternelle ;

©BIUM



leur père, quelques mois auparavant, avait été mis par son administration en position de congé pour raison de santé. L'homme avait 47 ans, la femme, 41.

D'après les renseignements de police, l'un et l'autre semblaient étranges, depuis au moins sept ou huit ans La femme vivait brouillée avec tout le voisinage.

Voici les dépositions des témoins :

« L'homme a toujours semblé plutôt faible d'esprit ; on l'aurait vu il y a huit ans, au bord de l'eau, appeler à lui, en faisant de grands gestes, un bateau vide qui s'en allait à la dérive. Il aurait été interné pendant six mois, il y a quatre ans. Actuellement il est « abruti et malpropre », il ne répond pas aux questions. L'an dernier, au mois d'août, un de ses enfants étant mort, il en promenait le cadavre à travers son jardin, dans une petite voiture ; et sa femme aurait dit alors : « que le soleil ferait du bien au petit. L'enfant serait mort d'ailleurs, par suite du manque de soins.

« La femme divague, entend des voix, se plaint de sentir des courants électriques ; depuis le départ de ses enfants, elle est particulièrement surexcitée. Elle creuse des trous dans son jardin, prétendant que des Allemands et des Italiens y sont enterrés ; elle pousse des cris la nuit, et fait des menaces avec un revolver. Elle aurait dit, il y a quelques années, à une amie : « Pendant que mon mari est absent prêtez-moi le vôtre. J'ai justement une chemise propre », et renouvelé ensuite cette demande auprès de plusieurs voisines. »

Le secrétaire du commissariat, personnellement, garantissait exact l'épisode du petit cadavre (août 1905). De plus, la femme C..., à sa connaissance, avait parlé de *voix intérieures* et de vagues ennemis inconnus d'elle ; elle se plaignait de vivre dans une maison *aimantée*, et son mari prétendait entendre, comme elle, des voix injurieuses.

©BIUM



Enfin, une pièce jointe au dossier prouvait qu'une hostilité existait entre la femme C... et sa belle-mère, que ses père et mère partageaient sa haine, et que tous deux accusaient Mme C... mère, de tentatives de vol précises et de machinations ténébreuses.

Nous interrogeâmes d'abord le mari, comme paraissant le plus expansif, et d'emblée, il se révéla paralytique par son aisance et sa bonne foi, l'inconscience de la situation, un facies caractéristique, et divers signes plus limités, tels qu'un embarras de la parole et du tremblement fibrillaire. Un examen complet confirma le diagnostic.

Sa paralysie générale affectait la forme démentielle. Pas d'idées de richesse ni de grandeur, pas de dépression, du moins actuelle. Le malade nous dit tout d'abord spontanément être affecté de neurasthénie avec perte de la mémoire. Il semblait donc avoir conscience de sa diminution mentale ; mais comme il arrive d'ordinaire, cette conscience était toute partielle et d'ailleurs plutôt apparente que véritable : il se faisait seulement l'écho des jugements portés sur son compte en sa présence. Ainsi, à deux secondes d'intervalle, il se déclarait déprimé et plein de santé ; il disait « ma neurasthénie » tout en souriant, presque avec quelque teinte de fierté. Il avoue n'avoir plus de mémoire ; mais il compte reprendre son travail d'ici peu de jours, et obtenir de l'avancement. Au sujet des persécutions, il nous déclare : « Ma femme est plus au courant que moi. La maison est électrisée : on entend des bruits de mécaniques. Les passants sont des mal élevés. Je ne crois pas qu'on fasse aboyer les chiens exprès pour nous. Ma femme entend les bruits mieux que moi. *Je ne les entends que quand elle est là.* Plusieurs fois, je les ai entendus en sa présence. *Ce sont eux qui paralysent ma langue* ; aussi je bégaie ; *mais ça passera.* »

©BIUM



Au sujet des querelles de famille, il nous répond : « Il y a la guerre entre ma mère et mon épouse. Mais ma mère est une très honnête femme, elle n'a jamais voulu nous voler notre argent, elle aime beaucoup nos enfants, elle a seulement le tort de vouloir nous les prendre. »

Il échappe donc, sous quelques rapports, aux suggestions de sa femme. Toutefois il déclare : « C'est ma mère qui a une haine contre ma femme. *Ma femme est très bonne, et elle n'en veut pas à ma mère* ; mais pas du tout. » Or, on le verra, c'est l'inverse qui est vrai.

Il dit être depuis plusieurs mois absolument impuissant, « *mais cela passera* ». Il nous confirme sa mise en position de congé « pour neurasthénie », et le fait de son internement. Il aurait vers 1901 passé six mois à l'asile de Châlons ; mais il ne peut dire pour quelles causes.

La femme, interrogée ensuite, se présente bien différemment. Méfiante, rusée, sans doute silencieuse d'ordinaire, elle se montre aujourd'hui loquace à la façon des névrosées, qu'un interrogatoire irrite. Elle répond à toutes nos questions négativement et se répand en protestations ou divagations inutiles. C'est la réticente excitée, nous dirions volontiers la réticente prolixe.

Son bavardage est, pour une part, intentionnel. Elle s'y abandonne dans l'espoir absurde de faire oublier les questions auxquelles elle refuse de répondre ; calcul qui ne peut naître, d'ailleurs, que dans une intelligence débile.

Elle donne l'impression d'une femme pointilleuse, acariâtre, interprétative, de celles qui troublent les collectivités, et auprès de qui un mari n'a le calme que s'il est nul de caractère. Elle commence par nous supplier obstinément « de ne pas l'enfermer, de la laisser

©BIUM



dans la société de son mari », et elle refuse de rien entendre. Ces supplications sont remarquables par leur inutile répétition, l'absence des intonations ordinaires de l'émotion, enfin le calme absolu du visage et de la voix qui leur succède dès qu'elles s'arrêtent. Il s'y mêle des mensonges formels. A nos diverses questions, elle répond que les voisines sont ses bonnes amies, qu'elle est très bien avec elles toutes, qu'elles ne peuvent pas dire le contraire, à moins de méchanceté ; qu'elle ne soupçonnait pas cette méchanceté, qu'elle ne leur parle d'ailleurs jamais, etc. Les négations sont irréfléchies, automatiques, aussi les contradictions s'accumulent. Ainsi, elle prétend atténuer un fait, tout en niant qu'il se soit produit.

Son mari n'a jamais, dit-elle, été malade : tout au plus un peu fatigué. On l'a peut-être déclaré nenrasthénique. D'ailleurs, il va mieux ; son intelligence revient, son bégaiement a diminué. Son intelligence n'a jamais été atteinte ; jamais il n'a promené de cadavre, il est resté, au point de vue sexuel, toujours le même, n'a jamais été fatigué, et jamais on ne l'a interné (*sic*).

Quant aux faits de persécution narrés plus haut, nous avouons que sans la procédure nous ne les aurions jamais connus, du moins dans leur teneur exacte. Malgré toute l'insistance et toute la précision que nous permettaient les rapports écrits, nous n'obtînmes de ces faits que des confirmations indirectes.

Le lit électrisé? On avait pu en parler autour d'elle par plaisanterie, ou elle-même parler de quelque chose de ce genre en plaisantant. Les bruits faits la nuit autour de sa demeure? ils étaient banals ; des aboiements de chiens, ou des conversations de passants? on avait excité des chiens, mais par hasard.

D'ailleurs, les passants ont cessé de parler. S'ils ont crié des grossièretés et des injures, c'était jadis. Quelles

©BIUM



étaient au juste ces injures? cela, elle ne veut pas le répéter.

En femme nerveuse et entêtée, elle joue de son excitation même pour se dérober aux questions ; elle semble, en nous retirant constamment la parole, espérer qu'elle nous empêchera, par le fait même, de rien savoir.

Nous sommes forcé à tout moment de feindre d'ordonner qu'on la remmène pour qu'un instant elle nous écoute.

Le caractère préétabli de ses négations se sent à la vitesse des ripostes, à leur manque d'adaptation, au ton incolore du débit, que ne commande aucune conviction. Elle reste d'ailleurs extrêmement polie, fait peu de gestes, et ses retours instantanés au calme, sa douceur, certains regards en dessous, montrent qu'elle reste simulatrice jusque dans sa véhémence.

Elle ne s'indigne pas, et ne s'étonne pas même d'entendre quels propos et actes nous lui prêtons ; visiblement elle les reconnaît. Ainsi pour l'incident du revolver, pour les cadavres enfouis chez elle, pour l'enfant promené au soleil par son mari ; ainsi pour les voix intérieures et les demandes d'emprunt d'un mari, dont l'idée la force à sourire assez longuement, et n'amène pas de dénégations bien convaincantes.

Dans l'espoir qu'elle pourra convenir de certains faits, nous lui proposons de lui faire voir, pendant quelques instants, son mari. Elle promet de rester calme et de nous laisser parler. Dès que son mari entre, elle s'élance vers lui, et l'embrasse avec effusion, comme dans l'espoir de lui transmettre tout ce qu'elle voudrait lui conseiller : la méfiance, le négativisme, au moins le silence.

A peine l'entretien commencé, elle essaie de répondre pour lui, et même de questionner pour nous ; elle reprend les questions posées, pour les reposer à sa façon. Son

©BIUM



mari lui obéit d'abord. Puis, comme nous lui faisons valoir que sa femme n'est pas raisonnable, qu'elle agit contre leur intérêt à tous les deux, que nous comptons sur lui pour la calmer, et que pour prouver qu'elle n'est pas folle il doit tout dire, il répond qu'il entre dans nos vues, exhorte sa femme à être franche, et nous parle à nouveau des bruits, des voix, des machines électriques. A une de ses interruptions il réplique : « Tais-toi, je comprends très bien tout seul, soyons raisonnables tous deux. » Il ignore si en son absence sa femme a demandé aux voisines, *ou à tout autre*, de venir chez elle « pour la garder ». Nous demandons s'il est impuissant, elle répond : « Nous n'y pensions pas. »

Elle proteste en principe contre l'interrogatoire : « Mon mari est trop bon, il croit 'tout ce qu'on lui demande, il cède à tout le monde ».

Nous demandons : « Lequel de vous dirigeait votre ménage? — Tous deux. — Lequel de vous est le plus perspicace? — Elle se fait muette, mais lui dit rapidement : « C'est elle. »

Quand l'interrogatoire prit fin, les séparer fut difficile, Là encore, le mari raisonna son épouse, en lui répétant, après nous, qu'il la reverrait dans un instant, etc.

## II

Les deux époux, dans leur délire, n'étaient pas seuls, Le père et la mère adoptaient au moins en partie les interprétations de leur fille. Lorsque les époux C..., inculpés d'homicide par imprudence au sujet de la mort de leur dernier né (1905), et laissés libres provisoirement, furent visités à domicile par l'expert et deux autres personnes attachées au commissariat (février 1906), ils adressèrent au commissaire de police une lettre de protestation typique :

©BIUM



« J'apprends par une lettre de ma fille, dit le père, que trois hommes inconnus se sont présentés à son domicile, se disant attachés à votre commissariat. J'ai l'honneur de vous demander sur la plainte de qui et en vertu de quels ordres cette enquête a eu lieu. Ces renseignements me sont utiles pour pourvoir à la défense de ma fille, et mettre fin à l'ignoble machination ourdie par *sept femmes* à l'instigation de la femme C..., de Troyes (mère du mari). Cette mégère a eu pour but de faire coûte que coûte évacuer la maison pour s'en emparer. D'ailleurs voici le plan :

1° Faire enlever les enfants soit pour affoler, soit pour faire partir ma fille. D'ailleurs elle est considérée comme quantité négligeable bien que légalement mariée ;

2° Faire enfermer son mari ;

3° Prendre possession de la maison. Cela ne souffrira aucune difficulté puisque les légitimes propriétaires seront éloignés.

De plus, M^me^ C..., de Troyes, a menacé de faire interdire ma fille, exprimant l'intention de lui assigner un séjour et de lui interdire l'entrée de sa résidence actuelle, afin, je pense, de l'empêcher d'entamer à moins grands frais une action qui pourrait le justifier.

Ces manœuvres ne sont que la reproduction de ce qui s'est passé en 1901.

A cette époque la femme C..., de Troyes, a fait main basse sur les valeurs qui appartenaient aux époux C... et qui ont été restituées au retour du mari ; elle a tenté d'avoir les clefs, etc.

On n'abuse que trop de la faiblesse morale du chef de famille pour *affoler* et *épouvanter* sa femme. Cet abus s'est reproduit, paraît-il, lors de la visite des trois inconnus ; ceux-ci ont *rudoyé* les époux C... et cherché à *épouvanter* ma fille.

S'il s'agit réellement d'une enquête, il est difficile de croire dans ces conditions à l'impartialité du rapport. Je proteste énergiquement contre ces procédés. Enfin, ayant l'intention de porter ces différents faits au parquet, je vous prie de me donner le nom du procureur chargé des affaires de la localité. »

Pour l'intelligence de cette lettre, nous devons rappeler que Edmond C..., en 1901, fut interné à Châlons, vraisemblablement sur la demande de sa mère qui habite Troyes, et que dans le courant de l'année 1905, les voisins des époux C... avaient dénoncé au

©BIUM



Parquet la négligence dont ceux-ci faisaient preuve à l'égard de leurs quatre enfants, et plus particulièrement à l'égard de leur dernier-né qui était malingre et coxalgique. A plusieures reprises des notes avaient été échangées à ce sujet entre le parquet, la préfecture de police et le commissariat compétent ; ce dernier avait transmis plusieurs fois aux époux C... des admonestations et avertissements dont ils n'avaient tenu aucun compte. La mère de Mme C... elle-même venue plusieurs fois chez sa fille, était entrée en rapport avec le commissariat, à ce sujet, au moins une fois ; et la question avait été posée, de lui confier la garde des enfants qu'elle aurait emmenés en province. En présence de son attitude, ils furent confiés à l'autre grand'mère, Mme C..., de Troyes, lorsqu'une instruction judiciaire fut décidée.

Il semble que pour rentrer en possession des enfants, Mme R... ait essayé, entre autres choses, d'un stratagème un peu naïf. De la localité où habitait sa fille, elle adressa à Mme C..., de Troyes, une dépêche non signée lui enjoignant de renvoyer les enfants près de leur mère, et rédigée de telle façon qu'elle pouvait croire que cette dépêche émanait des autorités. Mme C... ne donna aucune suite à cette dépêche.

Au cours de l'instruction, Mme R..., présente chez sa fille, fut appelée au commissariat ; mais elle refusa de s'y rendre, prétextant qu'elle ne pouvait marcher ; et son séjour auprès de sa fille ayant cette fois duré quatre jours, comme ultérieurement le commissaire dans son rapport, notait simplement « qu'elle avait dû rester huit jours », son mari écrivit à ce sujet, dans une lettre aux autorités : « Ma femme est restée là quatre jours, et on dit huit ; c'est ce qui prouve bien la mauvaise foi du commissaire. »

On voit par là que depuis longtemps les époux C... étaient préparés à se voir séparés de leurs enfants, et

©BIUM



que leurs beaux-parents, les R..., avaient toute facilité pour comprendre le caractère légal de cette mesure, mais qu'ils englobaient les autorités dans une suspicion générale. Cette suspicion semblait remonter au moins jusqu'à 1901, date où des actes de Mme C..., conformes à la légalité, leur étaient apparus comme des vols.

Lequel, ou du père ou de la mère, a le premier adhéré au délire de la fille? Très vraisemblablement la mère. Ses séjours près de sa fille, les confidences plus habituelles de femme à femme, la rivalité naturelle entre les deux belles-mères d'un ménage, tout porte à le croire. En outre, pour diverses raisons, nous regardons jusqu'à plus ample informé Mme R... comme animée des mêmes tendances paranoïaques congénitales qui se sont développées chez sa fille si complètement. Nous ne savons si elle a participé aux hallucinations, ni si elle a créé le délire, ou si elle s'y est seulement ralliée. En tout cas, elle nous semble actuellement capable de faire fructifier à elle seule toutes les convictions délirantes. La véhémence qui perce dans la lettre ci-dessus (bien qu'elle l'ait seulement inspirée) nous autorise à le supposer. Quant au père, signataire de la lettre, rien ne prouve qu'il soit imprégné du délire aussi profondément que sa femme. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

## III

Nos diagnostics, quant au mari et à la femme, furent identiques à ceux de l'expert (Dr Roubinovitch). En raison des réclamations qu'on pouvait attendre des parents et des réticences de la femme, nous eûmes soin de rédiger des certificats détaillés.

Voici celui du mari :

Paralysie générale. Démence profonde. Embarras de la

©BIUM



parole considérable. Réflexes rotuliens exagérés, inégalité pupillaire avec réactions dissemblables et faibles, etc.

Quelques idées délirantes superficielles empruntées à sa femme (persécutée hallucinée). Conscience réelle de l'affaiblissement de sa mémoire. Incompréhension de sa situation.

Inculpation d'homicide par imprudence, non-lieu après expertise.

Un de ses enfants serait mort faute de soins et aurait été autopsié. Il promenait le cadavre dans une petite voiture.

Le diagnostic de paralysie générale a été confirmé à Sainte-Anne par notre vénéré maître M. le Dr Magnan.

Depuis, notre collègue et ami Guiard, médecin-adjoint de l'asile de Châlons, nous a fourni des renseignements sur le premier internement d'Edmond C... (de novembre 1901 à mars 1902).

D'après le certificat d'entrée, il se présentait comme atteint de dépression mélancolique avec quelques idées de suicide *qu'il n'a jamais cherché à réaliser*. Attitude concentrée. Dégénérescence, absence de lobule. *Père mort de paralysie générale.*

Le certificat de quinzaine le montre encore « lypémaniaque », avec des craintes et inquiétudes non motivées, anxiétés, scrupules exagérés, troubles dans les idées ; il se tient à l'écart, ne parle à personne; il n'a aucune initiative. Il a des *hallucinations de l'ouïe* qui le tourmentent, et des conceptions hypocondriaques. L'amélioration fut progressive, la sortie eut lieu par guérison. Rien, à l'époque, ne permettait de penser à un début de paralysie générale, aucun trouble de prononciation n'est signalé. Tout au plus peut-on, *a posteriori*, se demander si le caractère bénin des idées de suicide n'était pas dû, pour une certaine part, à l'affaiblissement commençant; mais rien ne le prouve.

Ce délire de 1901 marquait-il la première atteinte de l'infection encore latente, sur un cerveau de dégénéré ? C'est fort probable. La réaction précoce de l'encéphale serait alors à considérer comme preuve d'une susceptibilité spéciale due à la dégénérescence (stigmates, débilité native, hérédité connue). Rien n'est plus vraisem-

©BIUM



blable que la précocité des délires préparalytiques chez les dégénérés héréditaires. Quatre années auraient séparé la réaction d'ordre banal de la période symptomatique.

Le fait de la paralysie générale chez le père est à noter, soit qu'on admette la transmission d'une infection, ou celle d'une aptitude spéciale encéphalique et méningée (ce que l'on appelait autrefois prédisposition congestive).

A noter, également, la forme dépressive se manifestant par deux fois (la seconde atteinte qui se manifeste en pleine paralysie générale étant d'ailleurs la plus bénigne). Enfin, il y a lieu de remarquer que le même individu qui présente des hallucinations en 1901, lorsque son délire constitue un processus de réaction tout personnel, n'en présente plus en 1906, lorsqu'il délire comme paralytique confirmé. Ce fait mériterait quelques commentaires, si nous étions plus éclairés sur les différences de nature et de mécanisme que doit présenter l'hallucination chez les dégénérés et le paralytique général. Il convient d'ailleurs de remarquer que les hallucinations ont été signalées surtout chez des paralytiques généraux au début, et que dans notre cas les hallucinations auditives, à les regarder comme d'essence paralytique, compteraient comme symptôme initial, on peut presque dire comme prodrome.

Il n'est fait mention, en 1901-1902, d'aucune idée de persécution, *a fortiori* d'aucun délire communiqué. D'ailleurs, à cette époque, son délire n'est pas d'origine interprétative, loin de là : la dépression, avec ou sans trouble organique, en forme la base. Ainsi l'influence de sa femme n'est pour rien dans la maladie, qui au contraire, en bonne logique, devait plutôt, pour quelque temps, le soustraire aux influences externes. Bref, cette phase de délire lui est toute personnelle.

©BIUM



La femme est une héréditaire, névropathe. quelque peu débile, avec tendances paranoïaques congénitales, accusations contre des personnes déterminées et hallucinations multiples. Ces hallucinations semblent être apparues, ainsi que les idées délirantes, sans ordre. Elles occupent tous les sens, sauf peut-être celui de la vue. L'existence d'hallucinations psycho-motrices est rendue vraisemblable par ce terme de « voix intérieures » dont elle se sert, par sa concentration ancienne, par l'importance de ses paresthésies (elle était admise sans réserve par le médecin expert). Actuellement, pas d'idées de grandeur, pas de démence ; mais persécution très active. Début ancien, allure probablement chronique, mais rémittente.

L'hypothèse de délire chronique (psychose systématisée progressive) est écartée par la débilité originelle, par le pêle-mêle chronologique des hallucinations, enfin par l'absence, dans le délire, d'une systématisation rigoureuse, d'une extension, d'une évolution. Les accusations sont mal liées ; elles traduisent *des haines personnelles* de la malade ; elles restent limitées à son entourage ; si les procédés sont parfois occultes, les persécuteurs sont connus ; leur nombre ne paraît pas s'accroître : elle reste dans le roman bourgeois, tandis que le systématique progressif entre dans un roman politique ou même mondial. Enfin sa défense même n'a pas la belle tenue, la fermeté, la dignité du systématique progressif.

Du délirant polymorphe, elle présente le terrain débile, l'apparition désordonnée des phénomènes, la multiplicité des hallucinations ; peut-être aussi quelques oscillations du tonus émotionnel. Mais là s'arrête l'analogie. Son délire n'a pas débuté d'emblée, il n'offre pas d'idées de grandeur, pas de revirements brusques, pas de contradictions, et pas de périodes d'excitation ou

©BIUM



dépression proprement dites. Non seulement les idées de persécution, mais *l'état d'âme persécuté*, ont persisté, d'un bout à l'autre, avec une parfaite égalité. Enfin, le délire polymorphe est de nature transitoire, et ici le délire semble chronique.

Il y a lieu de distinguer également son cas de celui de ces femmes subalcooliques chroniques, chez lesquelles l'intoxication se traduit surtout par des troubles du caractère ; ces malades haineuses, jalouses, acariâtres, deviennent fréquemment solitaires, paresseuses, ou même apathiques, et se présentent à l'interrogatoire avec des réticences sans nombre et une mauvaise foi incroyable. Elles aussi présentent des paresthésies. Mais, chez elles, les illusions, s'il s'en produit, sont visuelles, au moins autant qu'auditives ; les violences procèdent par à-coups, ne sont jamais radicalement immotivées ; rarement les libations restent inaperçues ; pendant les premiers jours du traitement, le sommeil est encore troublé, on constate des troubles physiques. Enfin, les interprétations, qui sont quelquefois innombrables, restent généralement diffuses. Ici la méfiance, l'animosité sont primordiales ; elles existent d'ailleurs chez la mère, comme chez la fille. L'hypothèse de l'alcoolisme est donc inutile, et s'il y a eu, comme nous sommes prêt à le concéder, un appoint d'intoxication, nous le regardons comme secondaire, et en date et en importance.

En somme, ce délire à racines profondes, avec absence d'évolution, absence actuelle d'idées de grandeur, ébauche de coordination, substratum dégénératif, tendance à la chronicité, mérite bien le nom de Paranoïa, qui seul peut le maintenir en dehors des trois catégories ci-dessus.

Nous ne saurions assez insister sur ce fait qu'il résulte directement des tendances personnelles de la

©BIUM



malade. Pour cette raison, il est à base de haine plus encore que de méfiance, il désigne comme persécuteurs des personnes réelles et connues, connues même depuis très longtemps, et reste limité à elles. Il n'incrimine pas d'inconnus, ou du moins pas de *catégories* d'hommes inconnus, comme chez le systématique progressif. Chez le paranoïaque le délire s'étant constitué à l'aide de ses sentiments mêmes reste facilement limité au domaine concret qui l'entoure ; d'autant que la haine, en cela distincte de la méfiance, veut un objet précis et proche.

Notre certificat d'envoi à Sainte-Anne portait :

Dégénérescence et débilité. — Idées de persécution. — Hallucinations auditives et de la sensibilité générale. — Injures proférées la nuit par les voisins, électrisations, influences d'aimant sur sa maison. — Troubles probables de la sensibilité génitale. — Aurait parlé de voix intérieures. — Menaces envers une voisine. — Excentricités. — Il y aurait des cadavres dans son jardin. — A fait partager ses convictions à son mari, paralytique général. — *Très réticente.*

Le médecin-expert avait conclu visiblement dans le même esprit : Délire systématisé de persécution.

Il nous reste à considérer isolément certains détails.

C'est la femme, certainement, qui en présence du cadavre de son enfant s'est refusée la première à y voir un cadavre. Sa conviction se rattache sans doute à ses idées de persécution : ses ennemis avaient dû essayer de tuer l'enfant à l'aide de l'électricité ; mais les influences les plus fortes restant inefficaces contre elle (car la vie du persécuté électrisé est une perpétuelle renaissance), elle supposait légitimement que cette fois encore ils n'avaient pas dû réussir. Peut-être des hallucinations auditives venaient-elles corroborer son espoir.

Maintenant, sous quel genre d'influence a-t-elle fait ces demandes singulières, aux fins d'emprunter des

maris? Remarquons qu'il s'agit d'une femme de mœurs correctes, que cette idée a été unique en son genre, qu'elle a étonné les voisines, que toutes les demandes ont été faites dans le même temps, et non renouvelées depuis, enfin qu'elles ont été empreintes de la franchise la plus extrême, alors que la demanderesse étant réticente et dissimulée, elle serait arrivée à ses fins, en temps normal, avec plus de prudence qu'aucune autre.

Vraisemblablement, une cause adjuvante et extérieure lui avait conféré une audace particulière. Cette cause devait être ou l'alcool ou bien une hallucination. Mais outre que l'alcoolisme, dans son histoire, ne joue pas un rôle important, ce propos en particulier paraît bien avoir été dit et répété à l'état calme, quoique avec beaucoup d'assurance. Or, ce calme et cette assurance existent au plus haut degré chez l'halluciné. Que l'injonction hallucinante provienne du fond même des malades, nous le nierons moins que jamais dans ce cas ; mais dans son devenir subconscient, dans sa transformation en voix, la velléité érotique dépouille ce qu'elle avait de choquant quand elle semblait surgir du moi ; elle n'éveille plus la résistance, mais elle s'impose.

## IV

Les mesures prises contre les époux C... et commandées, nous l'avons vu, par l'intérêt de l'ordre public et surtout celui de leurs enfants, ont pour effet de stimuler les interprétations délirantes chez le père et la mère de M^me^ C... Dans des lettres adressées au préfet de police, ils protestent véhémentement contre les « ignobles machinations » qui doivent permettre à leur ennemie de « mettre la main sur le mobilier, les titres et les propriétés des époux C... »

« Elle profite, disent-ils, de la maladie de son fils

Georges qui est atteint d'un commencement de paralysie. Du reste, cette femme est très dangereuse. *Elle a la manie des internements.* Elle a déjà fait interner son mari à Saint-Dizier, où il est mort en 1869 ; elle a également fait interner son fils à Châlons-sur-Marne, et s'est emparée des titres et de l'argenterie. Aujourd'hui c'est notre fille qui la gênait... elle a fait main basse sur les clefs de la maison et probablement sur les titres. De plus il y a de l'argenterie... etc.

« *Elle s'est associée à sept femmes.*

« Le commissaire de police est d'une complaisance excessive à l'égard de la femme C..., de Troyes. A chaque instant, toujours *sur les ordres de cette femme*, il faisait appeler notre fille au commissariat pour l'affoler. Quand cette dernière arrivait, il ne savait que lui dire. Dernièrement, trois hommes du commissariat se sont rendus chez les époux C... et les ont maltraités.

« Ils sont étroitement surveillés... Dernièrement, la mère de M^me^ C... est allée quelques jours chez sa fille. Elle a été aussitôt appelée au commissariat, mais n'a pu s'y rendre ; nous désirons savoir sur quelles dénonciations...

« Nous demandons protection contre la femme C..., de Troyes, et contre M^e^ D..., notaire en cette ville. Nous vous prions de nous rendre la victime des infamies d'une belle-mère. »

Dans une autre lettre, ils demandent au préfet de police que les dossiers de l'affaire leur soient communiqués. « Nous voulons tirer cette affaire au clair. Nous n'avons aucune confiance dans les maisons d'aliénés dont se servent si facilement des personnes sans scrupules pour se débarrasser impunément des personnes gênantes. Connaissant la haine mortelle de l'intrigante femme C..., de Troyes, je suis convaincu que la captivité de ma fille durera autant qu'elle le voudra.

« D'abord le sans-gêne avec lequel le directeur de l'Asile nous donne un bulletin de santé accentue ma légitime méfiance. Il m'a fallu le demander, et le laconisme de ce bulletin montre tout simplement que l'on nous considère comme négligeables. »

Un cinquième personnage entre en scène après l'internement des deux malades. C'est un frère de la femme, dont nous ignorons l'âge, homme pieux et instruit, vivant à la campagne, et sans doute renseigné par ses parents seulement. Il écrit au préfet de police :

« Je regrette de n'avoir pas été prévenu de la mesure rigoureuse que vous avez prise à l'égard de ma sœur. Il est certain qu'il y a là une vengeance de la part de la femme C..., de Troyes.

« Je n'ai pas voulu accepter les conditions de cette femme autoritaire et violente, qu'elle m'imposait par l'intermédiaire de son agent, Me D..., notaire. Ces conditions consistaient à prendre la mère et les enfants. Elle ne pouvait se venger directement sur moi, elle a pris ma sœur pour victime.

« De plus, ma mère est allée à Nogent-sur-Marne du 14 au 17 février ; elle a trouvé ma sœur dans un état normal.

« L'air de la campagne, le repos et la tranquillité, la protection que nous lui donnerons contre la haine de ma belle-mère sont des moyens sûrs de rétablir sa santé. »

Il nous semble probable que ce frère n'était pas étranger à la rédaction des précédentes lettres, signées de ses parents.

Maintenant, dans notre chorus délirant, cherchons à reconnaître la part d'invention et d'activité qui revient à chacun des acteurs.

©BIUM



Mme C... est nettement, aujourd'hui, la coryphée. Or, son délire comprend trois parties : l'une relative à sa belle-mère même, et qui a sa source dans une haine ; la seconde, relative à ses voisines, et qui semble un peu moins ancienne ; la troisième, constituée par les hallucinations. Des deux premières parts, l'une est fondamentale, la seconde semble plus particulièrement due à des interprétations graduelles. Ces deux parts lui sont actuellement communes avec sa mère, son père, son frère.

Rien ne nous prouve que sa mère puisse être hallucinée, ni le père, et la question, pour le frère, ne se pose même pas. Si anciennes que puissent être les convictions du père, elles nous paraissent (et *a fortiori* celles du frère) consécutives à celles des deux femmes ; il semble même que ce soit la mère, Mme R..., qui ait influencé son mari, et consécutivement son fils. D'ailleurs, elle a fait, matériellement, la navette entre la résidence de sa fille et celle de son mari.

Par contre, les délires de la fille et de la mère pourraient être contemporains, toutes deux pourraient avoir une part égale dans la genèse des conceptions et dans leur coordination. Ce qui nous porterait à l'admettre, c'est que la haine dont le délire est né leur était vraisemblablement commune, que les événements de 1901 les trouvèrent toutes deux réunies ; qu'elles ont pu poursuivre leurs déductions isolément, et qu'elles devaient surenchérir l'une sur l'autre, continuellement, dans leurs dialogues, au point que ni l'une ni l'autre ne peut sans doute réclamer une idée comme appartenant à elle seule. Leur cas serait donc celui de *folie simultanée* au sens le plus exact du mot ; mais nous n'en avons pas la preuve. De plus, le fonds paranoïaque, présent chez la mère et la fille, constitue une *tare familiale*.

Si la fille, aujourd'hui, est la plus délirante, elle le

©BIUM



doit vraisemblablement à une dégénérescence plus accusée, au fait d'avoir été atteinte plus directement par les soi-disant injustices ; peut-être aussi à un séjour parmi les adversaires présumés, et à une solitude morale plus complète.

Le système délirant de Mme R..., bien que semblant, au premier abord, dépourvu de cet égocentrisme qui caractérise les délires en général, et plus particulièrement les paranoïas, est au fond stimulé par diverses sortes d'intérêts, et d'ailleurs prend son origine dans une haine toute personnelle. En réclamant, soit pour sa fille, soit pour elle-même, la gestion ou la possession de divers biens meubles ou immeubles, et la direction des enfants, elle contente et sa jalousie, et un sentiment de copropriété au moins morale. Elle méconnaît d'ailleurs la légalité de diverses mesures conservatrices et autres, d'ordre banal. Elle est donc une paranoïaque dépourvue d'hallucinations, à délire tout intellectuel et passionnel, une sorte de dépossédée, revendicatrice pour aujourd'hui et peut-être demain processive. Nous regardons son délire comme susceptible de persister, peut-être même d'évoluer hors de l'influence de sa fille, ce qui est le cas pour certains délires communiqués, mais doit être plus fréquent encore dans le cas de folie simultanée.

Le père de la malade, M. R..., peut être, avec grande vraisemblance, considéré comme un débile. Sa crédulité nous est connue, et en nous rappelant cette tendance (signalée maintes fois par Magnan) qu'ont les dégénérés de tout genre à s'associer dans l'existence, nous ne serons pas surpris que Mme R..., si nettement déséquilibrée, se soit pris un mari débile, comme devait le faire plus tard sa fille. Par l'intermédiaire de sa femme, il reçoit et il s'assimile les interprétations de sa fille ; il met à leur service sa petite part d'expé-

©BIUM



rience ; avec elles deux, il méconnaît le caractère administratif, ou médical, ou judiciaire de certains actes. Toutefois, nous n'avons pas la preuve qu'il apporte dans toute l'affaire autant de passion, ni surtout que la passion, chez lui, ait *précédé* les convictions. Il doit bénéficier de notre manque d'informations, et nous supposerons volontiers que s'il cessait d'être circonvenu, il ne serait plus irréductible. Il différerait donc de sa femme, tant dans le passé qu'à l'heure actuelle, par un élément important, savoir l'*énergie passionnelle* ; or, c'est cette énergie qui crée, en tout cas qui meut les idées.

Dans cette hypothèse, appeler ses erreurs un cas de folie communiquée serait beaucoup dire. Bien plutôt, il tiendrait le milieu entre la folie *communiquée* et la folie dite *imposée*.

La même remarque s'applique, *a fortiori*, au frère ; s'il méconnaît des mesures légales, s'il se rend mal compte de l'état de santé de son beau-frère C..., s'il attribue à M^me^ C... mère des machinations impossibles, et s'il voit, dans une simple démarche qui est tout à l'honneur de celle-ci, un nouveau piège, du moins, il convient de remarquer qu'il ne paraît intéressé à aucun degré dans l'affaire, même moralement. Son ton relativement modéré permet de croire qu'il n'adopte pas toutes les suspicions de ses parents, il juge peut-être sur des pièces incomplètes à la façon des gens de bonne foi circonvenus par des processifs. Nous ne saurions trop insister sur ce point, que le sentiment qui l'anime est, jusqu'à nouvel ordre, purement altruiste. Les dangers ne convergent pas vers lui ; vraisemblablement il échappe à la terreur superstitieuse qu'inspire aux trois autres la femme C..., il ne redoute rien pour lui-même ; du moins nous voulons l'espérer.

Ainsi donc, nous ne sommes pas fondés à le regarder, pour le moment, comme délirant. Il semble être aux

©BIUM



limites de l'erreur et du délire ; son délire ne dépasserait pas, dans tous les cas, le cadre de ce qu'on appelle la *folie imposée*.

Nous aurions, en somme, dans notre cas, quatre formes diverses de déraisons établies sur les mêmes données, et toujours rangées dans le même ordre, qu'on les classe par complexité, par ordre de date, ou par énergie passionnelle. Nous ferons remarquer qu'à leurs différences de gravité correspondent des différences de nature que les termes de folie simultanée, de folie communiquée et de folie imposée ne font pas pressentir par eux-mêmes.

Il est intéressant de remarquer que la transmission s'est accomplie, pour une très grande part, *à distance*. Elle avait été amorcée par les contacts intermittents ; de plus, la solidarité familiale préparait et le retentissement des épanchements épistolaires, et l'idéation parallèle.

Le délire fut commun à la mère et à la fille dès l'origine (nous pourrions dire qu'il leur était commun d'avance) ; sinon, il a été transmis en très peu de temps de la fille à la mère. La mère a contagionné le père, tous deux ont contagionné le fils. Nous parlerons plus tard du mari.

Il existe entre eux ces différences d'âge et ces rapports si soigneusement mis en lumière par Marandon de Montyel (*Ann. méd.-psych.*, 1894). La misère ici est absente. Le milieu est à demi rural.

Considéré au point de vue de son thème, ce délire collectif à base de haine et d'intérêt, avec réactions du genre processif, nous semble présenter un caractère plutôt moderne. Non que les délires de dépossession, de revendication et de récrimination n'aient pu de tout temps devenir collectifs ; mais il nous semble que dans l'avenir ils seront les plus susceptibles de contagion. Le

©BIUM



délirant superstitieux ou mystique, le délirant spirite et même les persécutés scientifiques nous semblent devoir de plus en plus rester isolés dans leurs délires. Leurs troubles sensoriels rencontrent plus de scepticisme, l'individualisme croissant diminue les solidarités intellectuelles, les préoccupations ambiantes sont de moins en moins idéalistes. Bref, les habitudes et croyances, *dans la mesure où elles peuvent influer sur l'aliénation,* doivent à l'avenir tendre à restreindre la propagation des délires où figurent des forces occultes. Par contre, le sentiment de propriété plus répandu, les notions de droit et d'intérêt plus habituellement agitées, la complexité des relations financières ou juridiques doivent favoriser la production et encore plus le retentissement des délires d'allure processive. L'éloignement, fréquent désormais, des divers membres d'une même famille, n'affaiblit pas entre eux les liens de l'intérêt commun ; des groupements autres que la famille (associations, collaborations, ateliers, etc.) préparent des solidarités fondées encore sur l'intérêt. Pour ces raisons nous sommes tentés de croire que les délires collectifs évolueront dans le sens réaliste, plus vite encore que les délires individuels, et que la haine ou le sens juridique y prendront de plus en plus la place de l'angoisse et de la crédulité mystique.

Revenons à la femme C... et à ses ayants cause. Les caractères de leurs délires une fois posés, quel paraît en être l'avenir ?

Chez la femme C..., probablement, le délire sera de ceux qui procèdent par accalmies et par reprises sans guérir jamais tout à fait. Sa constitution paranoïaque nous en semble être une garantie. Dès maintenant les certificats constatent son intention formelle d'en appeler de son internement à la justice, aussitôt qu'elle sera libérée. Trouvera-t-elle plus d'excitation dans l'interne-

©BIUM



ment prolongé, ou dans la reprise de la vie libre? Quelles chances de durée a le délire chez ses parents. Quels actes médico-légaux sont à appréhender de la part, soit des parents, soit de Mme C...? Quelle influence aurait sur l'ensemble du délire la mort d'un des codélirants, et principalement de Mme C...?

Enfin, quels résultats produirait la disparition de la personne qui est le thème dominant de leur délire, Mme C..., de Troyes? Leur délire se dissiperait-il faute d'objet, ou trouverait-il à s'employer sur des données circonvoisines (les sept femmes, les aliénistes, l'administration des biens des aliénés, etc.)? Ces questions, d'un ordre pratique, seraient intéressantes à scruter, mais sortiraient de l'exposé clinique auquel nous voulons nous borner.

Une question clinique, par contre, est celle-ci. Les deux principales délirantes resteront-elles persécutées, ou se mêlera-t-il à leur délire des idées nouvelles de grandeur? aucun indice de mégalomanie n'a pu être décelé jusqu'ici. Toutefois, il est bon de rappeler que l'évolution mégalomane est fréquente au cours des délires collectifs, et que suivant la remarque de Marandon de Montyel (*Ann. méd. psych.*, 1894), les délirants collectifs parviennent particulièrement vite à la période mégalomaniaque de leur délire, quand il est dit qu'ils doivent l'atteindre (1).

## V

Nous avons paru perdre de vue, au cours de ces appréciations, notre paralytique général. Il le doit au rôle effacé qu'il a joué dans le délire commun.

(1) Deux sœurs, qui avaient passé dans notre service comme de simples persécutées, ont présenté peu de mois après des idées de grandeur très marquées. On peut *a posteriori*, trouver le germe

©BIUM



D'abord son entrée en scène est tardive, ensuite il n'a pas adopté toutes les conceptions délirantes de son épouse ; enfin, il n'apporte au trouble émotif aucun appoint.

La première partie de délire lui est étrangère. Soit par suite de son éloignement, soit par suite de rapports constants avec sa mère, soit qu'il eût réellement conscience d'avoir été un aliéné, il n'a pas pris part aux interprétations dont il fut lui-même l'occasion ; il n'en veut nullement à sa mère ni de son premier internement, ni d'aucun fait qui s'y rattache. Par contre, il adopte la deuxième partie du délire de persécution, la plus récente, celle qui est relative au voisinage, aux voix, à l'électricité.

Comme il a été de tout temps un débile, son immunité prolongée est un problème. Nous pouvons d'abord supposer que sa femme, extrêmement renfermée, n'ayant que sa mère pour confidente, et animée de quelque dédain envers lui, n'a pas cherché à le circonvenir; elle lui a seulement communiqué ses conceptions les plus tardives et d'ailleurs les plus expansives, celles relatives à leurs voisins. La transmission alors fut d'autant plus facile qu'à sa débilité native s'ajoutait un affaiblissement intellectuel.

Quelle que puisse être l'explication, un fait subsiste : c'est qu'il n'a pris part au délire ou mieux à une part du délire, que quand sa démence commençait.

---

de ces idées mégalomaniaques dans ce fait que le secret de leur naissance les préoccupait depuis longtemps, qu'elles avaient peur d'être maudites, et que, sans s'expliquer le sens du mot, elles pensaient être « des castors ».

Observation in *Archives de Neurologie*, 1902, Guiard et de Clérambault, et *Thèse* d'Halberstadt. La folie par contagion mentale, Paris, Baillière, 1906.

On trouvera dans cette thèse un historique de la question des délires collectifs, un exposé de ses subdivisions actuelles, et une bibliographie étendue.

©BIUM



Du fait de cette démence spéciale, résultent certains traits dignes de remarque. D'abord son adhésion au délire de sa femme est peu profonde ; son esprit ne peut continuer seul le travail commencé à deux ; il n'entend les bruits, par exemple, que par une suggestion *actuelle* ; lorsque sa femme n'est pas présente, il n'entend absolument rien ; fait plus considérable encore, il demeure exempt de toute méfiance.

Par une indépendance bien inattendue, il repousse les jugements de sa femme, quant au caractère de sa mère ; il va jusqu'à la blâmer pour peu qu'on l'aide. Même en présence de M^me^ C..., si son esprit prend point d'appui sur d'autres personnes, il peut encore lui résister. Il est suggestionnable enfin, par d'autres qu'elle, peut-être même autant que par elle. C'est d'ailleurs en vertu de cette suggestibilité toute générale, qu'il a adopté son délire, sans recommencer le travail d'esprit, ni s'assimiler l'état d'âme dont il provient. L'idée, chez lui, n'a pas de racines, aussi elle ne ramifie pas ; un rien suffit pour l'arracher. Qu'on nous permette cette expression, l'idée n'est pas même implantée : c'est le rameau piqué dans du sable.

Cette absence de tout état d'âme connexe à l'idée apparente est fréquente dans la paralysie générale ; on la retrouve par exemple avec les idées de suicide et avec l'auto-accusation, dans la plupart des cas où des paralytiques en présentent.

Dans ces conditions, point n'était besoin d'une longue habitation commune, d'une communauté de sentiments et d'intérêts, pour rendre son esprit réceptif, à l'égard des idées absurdes. Le premier venu, à condition de peser sur lui continuellement, eût pu lui inculquer un délire. Il eut approuvé, accepté, et formulé plus ou moins bien les conclusions. Nous avons dit qu'aux conceptions qu'il s'assimile il n'apporte aucune addition ;

©BIUM



c'est, faute d'activité mentale, et faute surtout d'un état d'âme concomitant. Il en résulte qu'il ne craint point pour sa personne, mais seulement pour celle de sa femme. Tandis que les délires collectifs restent en général égoïstes chez chacun des codélirants (Marandon de Montyel, *Ann. méd. psych.*, 1894), ici nous avons un le délire dont centre n'est point chez le délirant, mais hors de lui.

On peut se demander si le paralytique, par sa suggestibilité, ne pourrait pas constituer entre les mains d'un aliéné ou criminel un instrument dangereux, et poser pour lui la question à peu de chose près dans les mêmes termes qu'au sujet des autres infirmes de l'esprit ou de la volonté. Mais un trait capital, d'emblée les en distingue : tandis que ces sujets de tares diverses, sont capables de synthèses partielles d'une longue durée, chez le paralytique général, toute synthèse est forcément instable. Il en est ainsi des synthèses même spontanées, même dictées par un sentiment tout personnel (vengeance, colère), *a fortiori* pour toute synthèse artificiellement imposée. Sauf exception, les caractéristiques des actes médico-légaux chez les paralytiques généraux sont l'instantanéité et l'incohérence. Nous ne connaissons pas d'acte commis par un paralytique général sous une influence étrangère, *du moins prolongée et distante* ; certes de tels actes sont possibles, et l'on a dû en publier ; mais ils ne sauraient être fréquents. (Au sujet de l'agressivité et de la préméditation chez les paralytiques généraux, voir *Ann. méd. psych.*, 1904 : Pactet, Vigouroux, Vallon, Christian, etc., *passim.*)

Le mode ordinaire d'actes suggérés par lequel le paralytique général se signale, ce sont les excentricités, excès ou imprudences dus à l'exaltation collective ; dans les mouvements des foules, quelle qu'en soit l'origine, des paralytiques généraux brillent aux premiers rangs,

©BIUM



avec certains autres aliénés. (Bouchereau et Magnan, *Ann. méd. psych.*, 1882. Lunier, *ibidem.*) Mais là, la suggestion est diffuse, son acceptation est instantanée, enfin elle ne heurte pas les sentiments et convictions qui constituent la personnalité antérieure du malade ; ou bien, si elle leur est contradictoire, l'affaiblissement de son sens critique l'empêchent d'en prendre conscience.

Cette remarque n'est pas sans importance au point de vue qui nous occupe. En effet, on aura remarqué que la participation, ou plutôt la non-participation de notre paralytique général aux idées délirantes de sa femme, a un caractère électif. Les idées qu'il refuse d'admettre sont celles qui contrarient chez lui une affection primordiale, l'amour filial. Peut-être n'est-ce pas là un hasard ; de plus, les raisons de circonstances que nous avons données plus haut n'expliquent pas son indépendance suffisamment ; enfin, si les exemples de ce genre se répétaient, il faudrait bien chercher dans la paralysie générale elle-même la cause de cette électivité. Voici quelle pourrait être, selon nous, l'explication. Une suggestion n'attaque les profondeurs d'un esprit qu'en se servant de matériaux empruntés à la surface même de cet esprit. Or ici la surface est inconsistante et friable, alors que le fonds, c'est-à-dire la personnalité affective, est resté relativement ferme. Des circonstances ordinaires de la suggestibilité, il manque au malade l'aptitude à continuer un raisonnement, autrement dit à s'adonner au travail d'interprétation qui est nécessaire pour attaquer, avec le temps, les sentiments préétablis. Si des convictions, soit conformes à ses sentiments, soit indifférentes, ont pu lui être communiquées, en revanche il oppose, sans même le savoir, une force souveraine d'inertie aux suggestions qui le contrarient. Ainsi il croira aisément que son enfant, qu'il aime, n'est pas mort, et que des voisines, dont il n'a cure, sont des

©BIUM



ennemies ; mais il ne se laissera pas persuader que sa mère le vole. La suggestibilité du paralytique général, qui est si étendue en surface, peut donc avoir des limites en profondeur ; et cette limitation paradoxale reconnaît en réalité la même cause que la suggestibilité elle-même, savoir la faiblesse des synthèses *intellectuelles* proprement dites.

Nous ne prétendons certes pas que cette manière d'être doive constamment préserver le paralytique général de toute suggestion profonde. L'absence du sens critique, l'exaltation, et surtout l'altération démentielle des sentiments eux-mêmes peuvent, avec ou sans pression extérieure, le faire agir de la façon la plus contraire à sa personnalité primitive ou même actuelle.

Comme manifestation absurde et dangereuse due à la crédulité seule, nous relèverons, dans le cas présent, la conservation du cadavre.

Il est permis en outre de se demander jusqu'où aurait pu aller la résistance, si sa femme, à de certains moments, lui eût mis en main ce même revolver dont elle a menacé ses voisines. Peut-être aurait-il obéi, les sentiments d'ordre social n'ayant pas la même profondeur, ni par suite la même résistance, que les sentiments *primitifs* de l'âme humaine.

## Conclusions.

En résumé, nous venons de décrire un cas de délire collectif avec dégénérescence prouvée chez deux au moins des codélirants (mari et femme) similitude congénitale chez deux d'entre eux (la femme et sa mère), origine passionnelle du délire, développement d'abord interprétatif, part inégale des délirants dans la systématisation, enfin disparité des espèces morbides.

La femme présente un délire de persécution propre-

©BIUM



ment dit, la mère un délire du genre processif, toutes deux sont congénitalement douées du caractère paranoïaque. Le délire commun de la mère et de la fille semble un délire simultané, ou un délire tenant le milieu entre les délires simultanés et les délires communiqués. L'adhésion du frère au délire peut actuellement ne pas dépasser les bornes de la crédulité ordinaire. Le père semble débile et passif.

Le mari, sujet entièrement passif, ne montre d'originalité que par les imperfections même de sa passivité. On pourrait appeler sa folie, abstraction faite du substratum paralytique, une sorte de folie *empruntée* ou *adoptée*; et dans ses rapports avec le terrain paralytique, c'est un délire *additionnel*.

©BIUM

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
DES
# TROUBLES CÉRÉBRAUX D'ORIGINE TOXIQUE
## DUS A L'ALCOOL ET AU TABAC
ET
# DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
## D'APRÈS LES SYMPTOMES OCULAIRES

PAR MM.

**A. RODIET et F. CANS**

Médecin adjoint de l'asile de Montdevergues. — Interne en médecine

---

On sait combien le diagnostic entre l'alcoolisme chronique avec délire, et la paralysie générale est souvent difficile à établir. D'autant plus que, suivant l'expression de Magnan, « l'alcoolisme peut masquer, simuler ou produire la paralysie générale. »

Pour ne pas confondre un délirant alcoolique avec un paralytique général, il y a donc intérêt à étudier les troubles oculaires dus à l'alcool et au tabac, deux intoxications qui, très souvent, sont communes au même individu, et à les comparer aux mêmes symptômes du côté des yeux, observés au cours de la paralysie générale.

L'étude des signes oculaires de l'alcoolisme chronique qu'il faut distinguer des mêmes symptômes de la paralysie générale, ne peut être complète que si on examine successivement :

1° Les troubles pupillaires ;

©BIUM



2° Les troubles de la sensibilité oculaire ;

3° Les aberrations, illusions et hallucinations de la vue qui dépendent plutôt de l'état du cerveau que des lésions oculaires :

4° Les altérations du fond de l'œil ;

5° Les troubles visuels.

*Troubles pupillaires*. — Dans l'alcoolisme chronique, les pupilles sont en *myosis*, réagissent paresseusement à la lumière, mais la plupart du temps elles sont *égales*.

Il en est de même pour l'intoxication par le tabac qui s'accompagne souvent de myosis très accentué. Toutefois, Dupré a signalé l'inégalité pupillaire chez les alcooliques et ce trouble serait surtout fréquent, d'après Magnan, pendant les accès de délire hallucinatoire.

Du reste, l'inégalité pupillaire n'a pas l'importance qu'on a bien voulu lui attribuer, en tant que signe isolé eti ndépendant des réflexes de la pupille. C'est un symptôme qu'on retrouve non seulement dans toutes les psychoses, mais encore dans l'anémie, la tuberculose ganglionnaire, le goitre exophtalmique, les excitations douloureuses des nerfs sensitifs, et même chez des individus auxquels il est impossible de trouver une tare quelconque. L'un de nous a observé tout récemment une inégalité pupillaire chez un homme alcoolique atteint d'abcès rétropharyngien. Du même côté, la pupille était en mydriase, mais les réactions aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation étaient intactes. L'inégalité disparut après quelques jours et les deux pupilles revinrent en myosis en même temps que se produisit l'ouverture spontanée de l'abcès et l'écoulement du pus. Le mécanisme est le même dans ce cas que dans le goitre ophtalmique ; la mydriase succède à une compression du sympathique.

Si donc l'inégalité pupillaire est un signe de très

©BIUM



haute valeur diagnostique dans la paralysie générale, ce n'est pas en tant que symptôme oculaire isolé. L'inégalité du paralytique général s'accompagne d'altération des réflexes, soit à la lumière, soit à l'accommodation, ou même d'immobilité pupillaire complète. C'est pourquoi on peut dire que l'immobilité pupillaire au cours de la paralysie générale est toujours pathologique et révèle l'existence du trouble oculaire essentiel de la maladie : *l'ophtalmoplégie interne à développement graduel et progressif*.

Le signe d'Argyll Robertson (perte de la réaction à la lumière et conservation des mouvements d'accommodation), le faux Argyll Robertson (perte de la réaction à la lumière en même temps que diminution du réflexe accommodateur) et enfin l'immobilité pupillaire complète (abolition du réflexe à la lumière, à l'accommodation et à la convergence), telle est la marche ordinaire, mais non pas toujours régulière, de l'ophtalmoplégie interne qui atteint inégalement les yeux du paralytique général.

En ce qui concerne les réactions pupillaires dans l'alcoolisme chronique, on a noté depuis longtemps la paresse du réflexe à la lumière. Tout récemment encore, Vogt a étudié l'action de l'alcool sur la pupille et observé que le rhum, par exemple, administré à la dose de 40 grammes, aux dégénérés et idiots de son service, produisait une diminution très marquée de la réaction à la lumière, sans influencer le réflexe accommodateur. Dans l'alcoolisme chronique, la dose étant beaucoup plus forte, l'action de l'alcool se continuant, il y a, dit Vogt une véritable inhibition des centres nerveux. Il peut arriver ainsi que le réflexe à l'accommodation soit influencé et qu'il y ait inégalité pupillaire, comme dans la paralysie générale.

Toutefois le trouble des réflexes est rarement aussi avancé ; l'ophtalmoplégie, à ses différents stades, n'est

©BIUM



pas fréquente dans l'alcoolisme ; le signe d'Argyll Robertson est l'exception. Le signe pupillaire observé le plus souvent est le *myosis double* très accentué, s'accompagnant de *paresse de la réaction à la lumière* aussi bien pour l'un que pour l'autre œil.

Les *déformations* et *irrégularités* de la pupille se retrouvent dans l'alcolisme chronique aussi bien que dans toutes les psychoses. Régis a insisté le premier sur la présence de ce signe oculaire chez les alcooliques. Toutefois, ces irrégularités ou déformations, et aussi l'*excentricité pupillaire* qui les accompagne, sont beaucoup plus marquées et plus fréquentes au cours de la paralysie générale, du tabes et de la syphilis cérébrale.

Joffroy et Schrameck ont insisté avec juste raison sur la présence presque constante de ce symptôme chez les paralytiques généraux, mais puisqu'on observe ces déformations et irrégularités sur des pupilles dont les réactions sont bien conservées, il ne semble pas qu'on doive forcément rattacher ce trouble oculaire à l'ophtalmoplégie commençante.

En ce qui concerne les *paralysies de la musculature externe de l'œil*, elles peuvent être la première manifestation de la paralysie générale ou apparaître brusquement à l'occasion d'un ictus. Ces paralysies sont : 1° passagères ; 2° incomplètes ; 3° récidivantes. Elles ne sont pas un symptôme très fréquent, ni d'une valeur diagnostique essentielle.

On les observe plus rarement encore chez les alcooliques ; cependant, on a signalé le *strabisme* et quelquefois aussi le *ptosis*, lorsque les malades sont très gravement intoxiqués, notamment au cours du délirium tremens (Brun et Morax).

D'après ces auteurs, le *ptosis isolé*, se présentant chez un malade paralytique général au début ou alcoolique, en dehors d'un ictus, indique l'existence de la syphilis.

©BIUM



*Troubles de la sensibilité oculaire.* — Ils sont très manifestes chez l'alcoolique, sous forme d'*hémianesthésie* spéciale, caractérisée par ce fait que la sensibilité n'existe plus dans la conjonctive palpébrale et sclérotidienne, et que cependant le contact d'un corps étranger sur la cornée du côté anesthésié fait apparaître des larmes dans les yeux.

L'acte réflexe est donc conservé, bien que l'insensibilité soit complète.

Cette anesthésie cornéenne n'est pas accompagnée de troubles vasculaires et nutritifs. Il en est de même dans l'hystérie; mais dans ce cas, l'insensibilité est plus complète et occupe toute la surface de la cornée et de la conjonctive et, au contact d'un corps étranger, les larmes n'apparaissent pas dans les yeux.

Lorsque l'anesthésie cornéenne existe au début de la paralysie générale, elle se présente avec les mêmes caractères que dans l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire sous forme d'hémianesthésie spéciale. Plus tard, à mesure que les symptômes d'intoxication éthylique s'atténuent, la sensibilité de la cornée et de la conjonctive reparaît. On peut donc en conclure justement que ce trouble oculaire n'appartient pas en propre à la paralysie générale, mais est dû à l'alcoolisme qu'on retrouve dans les antécédents du malade.

Par suite, l'anesthésie cornéenne est une indication précieuse pour le diagnostic rétrospectif ou étiologique. Au moment des ictus, la cornée devient insensible, mais la sensibilité se réveille très vite et l'anesthésie persiste très peu de temps après l'attaque.

*Aberrations, illusions et hallucinations de la vue.* — A vrai dire, ce sont des phénomènes qui relèvent plutôt de l'état du cerveau que de l'appareil de la vision. Toutefois, de même qu'on a coutume de décrire parmi les symptômes oculaires de l'hystérie la micropsie ou l'éry-

©BIUM



thropsie, qui sont des aberrations de la vue, de même convient-il d'étudier les hallucinations de la vue avec les troubles oculaires de l'alcoolisme.

D'autant plus que ces *hallucinations visuelles* dues à l'intoxication présentent des caractères qui leur donnent une valeur diagnostique spéciale. En dehors même des troubles de la vision que nous étudierons plus loin avec le rétrécissement du champ visuel, et consistant en une série de cercles noirs ou d'étincelles avec la sensation constante d'un voile sur les yeux, l'alcoolique vit comme dans un pénible rêve.

Depuis la simple aberration visuelle ou illusion, jusqu'au spectacle créé de toutes pièces par son imagination, ce malade passe par une série de visions qui l'effraient et alimentent son délire.

Un enfant alcoolique pendant son séjour à l'Infirmerie du Dépôt se réveillait au milieu de la nuit, en criant que sa main était toute petite, qu'il la voyait diminuer, et qu'il fallait cesser de l'électriser. Quelques jours plus tard, pendant le traitement à la colonie de Vaucluse, *la micropsie* avait disparu, mais les hallucinations de la vue (lapins, chiens, rats) ont persisté quelque temps. *L'érythropsie* est aussi très fréquente.

Aussi bien chez l'enfant que chez l'homme, les visions de l'alcoolique, même si elles ne concernent pas le travail du sujet ou sa profession, ont toujours le même caractère d'être effrayantes : animaux en mouvement, qui grouillent, rampent ou sautent, figures qui grimacent et menacent, et c'est ainsi que souvent le malade est amené à se défendre et à frapper ceux qui l'entourent et qu'il associe aux personnages de son délire.

Les hallucinations de la vue, lorsqu'on les retrouve chez le paralytique général avec ces caractères et cette intensité, sont presque toujours dues à l'alcoolisme du sujet. Mais, d'après l'opinion de Dupré, et ainsi que

Peyre l'a démontré, les visions persistent bien après que les causes du délire toxique ont disparu. On observe aussi des hallucinations de la vue chez les paralytiques généraux non alcooliques. Ce qu'il faut donc admettre, c'est que les hallucinations visuelles dans la paralysie générale ne sont pas toujours dues à l'alcoolisme, mais qu'elles sont plus fréquentes chez les paralytiques généraux alcooliques.

Lorsqu'elles existent, c'est d'ordinaire au début de la méningo-encéphalite diffuse, et elles sont plus mobiles, plus passagères que dans l'alcoolisme, et les réactions sont moins violentes. Mais dans ce cas, il est possible de retrouver chez les paralytiques généraux, aussi bien que chez l'intoxiqué chronique, le signe de Liepmann. On sait en effet que si on fait fermer les yeux au malade, et si on exerce une légère pression sur le globe oculaire, on ramène chez lui des hallucinations de la vue qui paraissaient éteintes. Ce phénomène, nous l'avons reproduit souvent à l'Infirmerie du Dépôt, où les alcooliques arrivent en état de délire aigu, et avec une hyperesthésie cérébrale très développée. Car, ainsi que Cololian l'a démontré, le signe de Liepmann est presque constant pendant *les accidents aigus* de l'alcoolisme chronique, et il ne se produit pas lorsque la période active est passée.

De même chez le paralytique général intoxiqué par l'alcool, on arrive, les premiers jours de son entrée à l'asile, par la pression sur le globe oculaire, à réveiller les hallucinations de la vue. Aussitôt les symptômes de l'alcoolisme aigu passé, l'hyperesthésie de l'écorce cérébrale est moins vive et le signe de Liepmann disparaît en même temps.

*Lésions du fond de l'œil.* — Dans certains cas très rares de névrorétinite alcoolique et dans les névrites toxiques graves, on peut observer de la *congestion papil-*

©BIUM



*laire* avec œdème, ou au contraire une *pâleur légère* portant principalement sur le côté temporal de la papille, bien qu'il n'y ait aucune modification vasculaire appréciable, et cela dans un cas comme dans l'autre.

Et cependant, les vaisseaux paraissent louches et les bords de la papille voilés, mais il faut que l'affection soit arrivée à un degré avancé. En somme, le plus souvent, il n'y a pas de lésions du fond de l'œil dans l'alcoolisme chronique.

La paralysie générale s'accompagne, au contraire, beaucoup plus souvent que ne le pensaient les anciens auteurs, non seulement d'altérations vasculaires du fond de l'œil, mais d'atrophie papillaire. Les études récentes de Jean Galezowski, de Kéraval et Raviart, de Joffroy et Schrameck, de Ballet et Jocqs ont bien démontré que si, parfois, on trouve à l'ophtalmoscope un fond d'œil normal, plus fréquemment encore (et cette étude nous l'avons faite nous-mêmes sur trente-quatre paralytiques généraux aux différentes périodes de la maladie), on observe des symptômes du côté des vaisseaux et de la papille. Ces troubles oculaires peuvent dépendre des rapports vasculaires de l'œil et de l'encéphale, soit :

La *congestion papillaire et l'hyperémie totale ou partielle de la papille.*

Les *flexuosités* des veines de la rétine.

L'*œdème papillaire et péripapillaire.*

Les *anévrismes miliaires de la rétine et surtout la sclérose périvasculaire des vaisseaux neuro-rétiniens.* Cette lésion indique la marche du processus atrophique envahissant le nerf optique.

Si on trouve sur la rétine et la choroïde des exsudats blanchâtres, ou jaunes, ou rouges, et surtout noirs, il faut songer, d'après Brun et Morax, à la syphilis qui, précédant l'évolution de la paralysie générale, aurait laissé sur la rétine ces dépôts pigmentaires. Indication

©BIUM



précieuse pour le diagnostic étiologique, non moins que pour la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines des malades examinés, car l'albuminurie et le diabète s'accompagnent aussi d'exsudats blanchâtres et d'hémorragies multiples et disséminées de la rétine, se révélant à l'ophtalmoscope par des taches de différentes couleurs.

De même aussi l'*hyperémie papillaire* qui se produit pendant un ictus épileptiforme peut, si les ictus sont fréquents et répétés, simuler une hémorragie rétinienne. Ce serait là, par l'examen du fond de l'œil, un excellent symptôme pour le diagnostic rétrospectif, dans le cas d'un malade entrant à l'asile après une attaque.

La *congestion papillaire*, observée dans certains cas chez l'alcoolique chronique, n'arrive jamais jusqu'à l'hémorragie.

Et même, lorsqu'il y a des altérations vasculaires dans l'alcoolisme, le diagnostic différentiel peut encore s'établir par l'ophtalmoscope, puisque dans la paralysie générale on trouve, dans 30 p. 100 des cas environ, d'après la moyenne des statistiques, la *névrite optique* et l'*atrophie papillaire* en voie d'évolution et à différents degrés.

Les caractères de l'atrophie papillaire du paralytique général sont d'être :

1° Primitive, comme dans les tabes et la sclérose en plaques ;

2° Incomplète et par suite beaucoup moins étendue que dans le tabes. La décoloration commence par le côté temporal, et, lorsque ces troubles débutent, l'aspect louche et trouble de la papille lui a fait donner par Raviart le nom de *papille lavée*.

3° Bilatérale le plus souvent, mais les lésions ne sont pas les mêmes dans l'un et l'autre œil, elles sont plus accusées d'un côté ;

©BIUM



4° Lente ;

5° Les troubles de la vue ne sont pas parallèles au développement de l'atrophie. C'est le symptôme essentiel pour le diagnostic, et il faut considérer avec Klein que ce seul caractère permet de différencier l'atrophie du paralytique général, lorsqu'elle existe, des troubles visuels de l'alcoolisme chronique.

*Troubles visuels.* — Il y a, en effet, dans l'apparition et la marche des troubles visuels chez le paralytique général et chez l'alcoolique une distinction absolue.

Les accidents de l'*amblyopie alcoolique* peuvent se montrer subitement à la suite d'un accès d'ivresse. Les deux yeux sont atteints également. La perte de la vue est rapide. En quelques jours, le malade s'aperçoit qu'il ne peut plus lire son journal.

Le *rétrécissement du champ visuel* n'est pas concentrique.

La *dyschromatopsie* porte surtout sur le rouge et le vert et apparaît en même temps que l'hémianesthésie cornéenne, pour disparaître en même temps, si les accidents s'atténuent.

Ce trouble qui est limité au début, à la région maculaire, peut s'étendre ensuite à tout le champ visuel. Il en est de même, du reste, dans l'amblyopie diabétique.

Ces troubles, tous fonctionnels, dépendent d'un *scotome central* complet ou incomplet, et se *reconnaissent facilement en faisant lire le malade.* D'après Hirschberg, dans l'alcoolisme, ce scotome se développe dans la région de la macula avec celle-ci comme centre, tandis que dans l'amblyopie nicotinique, le scotome, intéressant aussi la macula, est allongé en languette vers la tache aveugle. Dans un cas comme dans l'autre, ce trouble est bilatéral.

Chez les paralytiques généraux, lorsque l'atrophie s'accompagne, ce qui est rare, de *rétrécissement du*

*champ visuel*, ce rétrécissement n'est pas concentrique.

En revanche, lorsqu'il y a, en même temps qu'atrophie, *dyschromatopsie*, le rétrécissement pour les couleurs est concentrique au rétrécissement pour le blanc. Ce sont les couleurs rouge et verte dont le champ de vision se rétrécit en premier lieu. C'est pourquoi on a attribué ce symptôme à l'alcoolisme évoluant parallèlement à la paralysie générale chez le même sujet, puisque ce sont aussi ces couleurs les premières atteintes chez l'alcoolique.

Mais dans la paralysie générale, en même temps qu'on observe à l'ophtalmoscope, la progression de l'atrophie, il y a conservation de la vue. Tout au contraire, dans l'alcoolisme, les troubles de la vision sont beaucoup plus accusés que ne l'explique l'examen du fond de l'œil.

En sorte que si, dans un cas, il y a lieu de s'étonner de trouver quelquefois la papille très atteinte et la vue intacte, dans l'autre cas, on s'étonne aussi d'avoir affaire à un malade presque aveugle et dont le nerf optique ne présente pas de lésions.

Enfin, on note la disparition du scotome et des autres troubles visuels en faisant disparaître les causes d'intoxication : alcool et tabac.

Et il convient d'insister sur ce dernier caractère des symptômes oculaires dans l'alcoolisme, car on observe très souvent sur les mêmes malades l'association ou la succession de l'alcoolisme cérébral et de la paralysie générale. Mais, les accidents toxiques sous l'influence de la diète d'alcool et de tabac, s'atténuent et s'effacent, tandis que, au contraire, les accidents paralytiques, en dépit du régime et du traitement, progressent plus ou moins tardivement, même si l'abstinence, au début tout au moins, amène une rémission.

C'est ainsi que Joffroy cite le cas d'un horloger dans

©BIUM



l'obligation de cesser son travail, dès le début de la paralysie générale, parce qu'il n'y voyait plus. Nous avons aussi, parmi nos malades, une paralytique générale, incapable de coudre à son entrée à l'asile à cause de sa vue, et qui, maintenant, pendant une rémission, est de nouveau capable de reprendre ses travaux d'aiguille. Elle avait fait, avant son entrée, des excès d'alcool. De sorte que chez un paralytique général, fumeur et alcoolique, présentant des troubles de la vue précoces, il est très difficile de faire la part de l'alcool, du tabac et de la lésion cérébrale, car toutes ces causes contribuent à l'affaiblissement de la vue.

Et à ce propos, on peut se demander quelquefois si on se trouve en présence d'une pseudo-paralysie générale alcoolique. L'étude des symptômes oculaires, même en dehors des autres signes, démontre que le malade ne passe pas de la pseudo-paralysie générale alcoolique à la vraie paralysie générale alcoolique, mais ainsi que l'a bien exposé Vallon, d'une première série d'accidents encore réparables dus à l'alcool, à une seconde phase de lésions incurables. Ce qui revient à dire qu'il n'y a pas de pseudo-paralysie générale. L'étude des troubles oculaires montre qu'il y a deux séries d'accidents et que ce sont les deux phases évolutives d'un même processus.

## BIBLIOGRAPHIE

Robin. *Thèse* d'agrégation, 1880.

Christian. Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale. *Annales médico-psychologiques*, 1884.

Christian et Ritti. Art. Paralysie générale du *Dictionnaire* Dechambre.

Klein. *Wien. medical. Presse*, 1887, n° 3.

Gilbert Ballet et Jocqs. *Progrès médical*, 1893.

Krafft-Ebing. Festchrift Illenau, Heidelberg, 1892.

Briand, Antheaume et Trénel. Etude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale. *Annales médico-psychologiques*, février 1894.

©BIUM



Ch. Vallon. Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Masson, édit. Paris, 1894.

Dupré. Art. Paralysie générale du *Traité de pathologie mentale.*

Cololian et Rodiet. L'hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu, 1900, nos 53 et 54. *Archives de Neurologie.*

Ch. Féré. Art. : Paralysie générale du *Traité de pathologie générale.*

Brun et Morax. Art. Troubles de la vision. *Traité de pathologie générale.*

Déjerine. Art. Séméiologie de l'appareil de la vision. *Traité de pathologie générale.*

Joffroy. Des signes oculaires dans la paralysie générale. *Archives de Neurologie*, mai 1904.

Jean Galezowski. Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux. *Thèse* de Paris, juin 1904.

Jocqs. Valeur séméiologique des troubles pupillaires dans les affections cérébro-spinales. Congrès de Rennes, 1905.

Vogt. *Berliner med. Wochenschrift*, 20. 3. 1905.

©BIUM



DES

# ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

## D'IDIOTS ET D'ÉPILEPTIQUES

### DU ROLE DU MÉDECIN DANS CES ÉTABLISSEMENTS

**Par le Dr A. ADAM**

Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges
à Bourg (Ain).

*Suite et fin* (1).

## VII

L'asile d'aliénés devant rester à peu près fermé aux idiots, aux imbéciles et aux épileptiques, il est nécessaire de pourvoir à l'hospitalisation de ces infirmes dans d'autres établissements.

En ce qui concerne les formes légères de l'imbécillité, l'hospitalisation ne sera pas nécessaire ; mais l'utilité et même la nécessité d'écoles spéciales, comme il en existe dans un certain nombre de grandes villes, ne saurait être contestée.

Les cas graves avec perversion des instincts constituant un danger pour l'ordre et la sécurité publics res-

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1906.

©BIUM



teront, en ce qui concerne les idiots et imbéciles adultes, en grande partie justiciables de l'asile d'aliénés. C'est pour les cas intermédiaires entre ces deux extrêmes que doit être créé l'asile général, avec organisation médicale comparable à celle des asiles d'aliénés.

Cette organisation est malheureusement loin d'être générale ; et le Dr Illberg regrette qu'en Bavière et dans beaucoup d'autres parties de l'Allemagne les établissements pour idiots, imbéciles et épileptiques soient encore sous la direction du clergé sans service médical, ou avec une organisation très insuffisante de ce service. La chose, pour regrettable qu'elle soit, s'explique par la sollicitude que le clergé a portée aux idiots imbéciles et épileptiques, bien avant que les pouvoirs publics ne s'intéressassent à leur sort. En Prusse, 51 p. 100 de ces infirmes sont encore traités dans les asiles d'aliénés. Par contre le royaume de Saxe, qui avait ses idiots et imbéciles disséminés dans trois établissements : à Grosscheunersdorf (garçons), à Mossen (filles) et dans une annexe de l'asile de Hubertusburg où étaient placés les sujets non susceptibles d'éducation, vient de construire un établissement spécial à Altendorf près de Chemnitz, pour 430 malades des deux sexes que leur état mental n'empêche pas d'acquérir une certaine instruction. Huit pavillons leur sont affectés. Un pavillon est destiné à recevoir 100 malades non susceptibles d'éducation ; et enfin 250 aveugles sont hospitalisés dans cinq autres pavillons.

L'établissement, avec ses 780 places, a coûté 5 millions et demi de francs : c'est assez dire que rien n'a été négligé pour faire une installation modèle. Quant à l'idée de réunir les imbéciles et les aveugles dans un même établissement, tout en les séparant complètement les uns des autres, il ne semble pas qu'elle soit très heureuse.

©BIUM



Dans un établissement de ce genre il va sans dire que l'enseignement médico-pédagogique joue un rôle important. Des maîtres spécialement préparés pour cette tâche apprennent aux pensionnaires à lire, écrire, calculer, et à exercer certains métiers simples et faciles. On arrive ainsi à faire de beaucoup d'imbéciles des sujets aptes à être placés chez des patrons convenablement choisis, et à gagner leur vie.

Au point de vue médical, chaque malade est l'objet d'un examen minutieux sous le rapport somatique et psychique.

La fréquence des affections syphilitiques, rachitiques, tuberculeuses ; celle des lésions du nez, du pharynx, des oreilles, des yeux ; les cas nombreux de polypes du nez, d'engorgements ganglionnaires, de myxœdème, de tétanie, de chorée, de porencéphalie, d'encéphalite, de tumeurs cérébrales, etc., offriront à l'activité du médecin un champ assez vaste, aussi bien au point de vue du traitement qu'au point de vue des recherches scientifiques. Les états de dépression et autres formes de troubles psychiques si fréquentes chez ces malades intéresseront le psychiatre, qui devra les surveiller et les signaler aux maîtres et chefs, pour éviter que ces accidents ne soient interprétés par eux dans un sens défavorable à l'élève.

Pour remplir sa tâche, le médecin devra avoir à sa disposition toutes les ressources nécessaires en fait de livres, d'instruments de laboratoire, de microscopes, pour se livrer aux recherches scientifiques sur les lésions et les causes de l'idiotie et de l'imbécillité, et sur les rapports de ces affections avec la criminalité, la prostitution, etc. D'une statistique de 1900 il résulte en effet que le royaume de Prusse hospitalisait à cette époque 12,212 imbéciles, et que sur ce nombre 6,6 p. 100 avaient été placés à la suite de vol, meurtre (surtout infanticides), incendie, coups et blessures, outrages aux

©BIUM



mœurs. Cette criminalité diminuera certainement à mesure que l'hospitalisation de ces infirmes de l'intelligence sera mieux organisée.

## VIII

Une dernière catégorie de malades à hospitaliser est celle des épileptiques. En raison des troubles psychiques qui précèdent, accompagnent, suivent ou remplacent leurs crises convulsives, beaucoup de ces malades ne peuvent vivre en liberté ; d'autre part, leur internement dans des sections spéciales d'asiles d'aliénés est souvent mal vu des familles des malades et devient rapidement une cause d'encombrement, en raison des rechutes fréquentes après sortie.

En Allemagne les asiles tant privés que publics pour épileptiques sont nombreux. Si d'une part la charité privée, comme le fait remarquer Pelman, a un caractère d'instabilité qui répond mal à la constance du fléau à combattre, d'autre part les asiles privés se distinguent généralement des asiles publics par une organisation moins parfaite du service médical. C'est un reproche qui du moins ne saurait atteindre le principal d'entre eux, celui de Bethel près Bielefeld qui, en 1898, avait une population de 1493 épileptiques confiés aux soins de 9 médecins. La direction est entre les mains du pasteur Bodelschwing qui a créé l'établissement. Comme pour les idiots, et peut-être plus que pour eux, le clergé a prévenu les pouvoirs publics dans l'assistance des épileptiques. Les tendances piétistes si fréquentes chez ces malades sont peut-être une des causes de cette situation. Quoi qu'il en soit, une organisation publique du service existe. La province de Brandebourg a un asile de 280 places à Potsdam. La ville de Berlin a dépensé

©BIUM



plus de 6 millions et demi de francs pour créer à Biesdorf un établissement de 1100 places qui fonctionne sous la direction d'un directeur-médecin assisté de 6 médecins titulaires, plus 2 médecins volontaires. Le royaume de Saxe fait traiter à Hochschwietzchen 700 malades par un directeur-médecin et 6 médecins traitants.

Comme pour les asiles d'aliénés, et pour des raisons analogues, le Dr Illberg voudrait l'asile d'épileptiques agencé pour 600 malades. Les mêmes règles lui seraient applicables pour le choix de l'emplacement, le mode de chauffage, d'éclairage, d'installation des services généraux, des ateliers, des travaux agricoles, etc.

Une indication spéciale découle de la nécessité de supprimer les escaliers pour éviter les chutes. Les pavillons ne devront donc avoir qu'un rez-de-chaussée ou un étage au plus.

Un quartier devra être libre, sans murs d'enceinte, pour malades calmes ; un autre pourra être organisé comme celui des asiles d'aliénés pour les malades qu'on ne peut laisser circuler librement.

Dans chacune des deux sections il faudra un quartier d'admission disposé pour la surveillance continue. Une infirmerie unique, divisée en deux sections communiquant toutes deux avec une salle d'opération commune, sera suffisante.

L'éducation du personnel devra être faite spécialement en vue des manières d'être anormales et désagréables si fréquentes chez les épileptiques. Les infirmiers devront avoir la notion exacte du caractère morbide de ces manifestations et du devoir qui leur incombe de ce chef. Ils devront être dressés à maintenir une bonne aération constante des locaux, puisqu'il est établi que dans l'air vicié par l'acide carbonique les crises sont plus fréquentes. Le régime méritera une attention toute spéciale de la part du médecin : on sait

©BIUM



l'importance de la déchloruration (traitement de Toulouse), du régime végétal ou lacté dans l'épilepsie.

Enfin à ce point de vue il serait essentiel, d'après le Dr Illberg, que le personnel des infirmiers fût non seulement tempérant, mais abstinent, l'alcool étant pour l'épileptique un véritable poison, et l'exemple étant un moyen de conversion plus puissant que tous les autres.

Le recrutement d'un personnel offrant ces conditions ne sera peut-être pas la tâche la moins difficile du directeur.

Le nombre des médecins de l'établissement devra être dans le rapport de 1 pour 120 malades et il serait à désirer que l'un de ces médecins s'occupât surtout de chirurgie et d'art dentaire, un autre des maladies du nez, des oreilles et des yeux. Mais le rôle médical ne se borne pas à donner des soins aux malades; des recherches scientifiques devront être faites à l'établissement.

Si Hippocrate et les commentateurs de l'Ancien Testament ont déjà parlé de l'épilepsie, nous sommes encore aujourd'hui incomplètement fixés sur la nature intime de ce mal et il appartient aux médecins d'établissements pour épileptiques d'élucider toujours davantage cette question avec les moyens d'investigation scientifique modernes, pour arriver ainsi à un traitement rationnel.

Il faut pour cela une organisation permettant de faire les recherches anatomo-pathologiques : des laboratoires, des microscopes, etc. Si les nombreuses lésions trouvées, surtout chez les imbéciles épileptiques, expliquent l'imbécillité, elles sont impuissantes à expliquer la périodicité des crises convulsives. Aujourd'hui, par les théories de l'intoxication, on prétend expliquer cette périodicité ; mais la nature de l'agent toxique nous échappe encore : [d'où la nécessité d'analyses compa-

©BIUM



rées du sang, de l'urine, du suc gastrique des épileptiques et des sujets sains. Il faudra donc que les médecins soient chimistes et puissent, avec l'aide d'un pharmacien capable, se livrer à ces recherches. Nous avons déjà vu qu'ils doivent être chirurgiens pour certaines interventions nécessitées par le traitement de l'épilepsie : trépanation, opération de tumeurs, etc.

## IX

Asiles spéciaux et aménagés selon toutes les règles de l'hygiène et du confort moderne pour chacune des catégories de malades dont il a été question; colonies familiales pour ceux d'entre eux qui sont susceptibles de bénéficier de ce genre de traitement; quartiers-annexes d'aliénés aux grands établissements pénitenciers; asiles cliniques près des centres universitaires; service médical comprenant un directeur-médecin, plus un médecin pour cent malades traités; personnel de surveillance ayant reçu une formation spéciale à une bonne école d'infirmiers, suffisamment rétribué et attaché à ses fonctions par l'attrait d'une pension de retraite : telles sont, en résumé, les conditions qui, d'après le travail du Dr Illberg, doivent être prises en considération pour l'organisation d'un bon service d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques.

Les principales difficultés pour réaliser un pareil programme seront toujours d'ordre budgétaire. C'est sans doute la raison pour laquelle, même en Allemagne, où le principe de la séparation des curables et des incurables n'a jamais été contesté, ce système n'est pas encore appliqué partout. C'est aussi la raison pour laquelle il ne le sera pas de longtemps en France, où cependant l'idée de cette séparation fait des progrès dont font foi le texte du nouveau projet de loi sur les

©BIUM



aliénés, les récentes circulaires ministérielles, et même certains actes tendant à cette séparation dans plusieurs départements, notamment dans celui de la Seine. Peut-être la sagesse voudrait-elle que, faute d'un idéal impossible à atteindre, on se contentât d'une réalité plus tangible, je veux dire de la transformation successive des grands asiles, où le classement est si difficile, en établissements par pavillons séparés, où pourraient être installés, avec une séparation suffisante, les quartiers de traitement pour les curables, les pavillons pour chroniques incurables, pour imbéciles ou idiots, et pour épileptiques.

Nous avons déjà vu pourquoi, avec les divisions administratives de notre pays en départements, une pareille organisation se prêterait mieux à la création d'asiles ayant 5 à 600 places.

Quant au service médical, la question de savoir si une proportion de un médecin pour 100 malades est réellement nécessaire dans ces établissements, a été souvent discutée sans que l'accord ait pu se faire ; et si cet accord se faisait dans un sens affirmatif, la création d'un corps médical d'un nombre de médecins plus que double de celui qui existe aujourd'hui, rencontrerait sans doute encore des difficultés d'un autre ordre.

Je sais bien que dans l'organisation décrite par le Dr Illberg, on ne demande pas seulement aux médecins de soigner les malades, mais aussi de se livrer à des recherches scientifiques dans les laboratoires de chimie et d'anatomie pathologique mis à leur disposition. Mais, n'est-il pas à craindre que nos Conseils généraux ne trouvent que la création et l'entretien de tant de petits instituts scientifiques ne sauraient incomber aux services départementaux ; et n'aurait-on pas déjà à se réjouir si ces assemblées consentaient à faire les frais d'une installation de ce genre dans l'asile départemental

©BIUM



unique, tel qu'il existe aujourd'hui? Les travaux scientifiques valent plus par leur qualité que par leur nombre ; et le corps médical aurait certainement à cœur de faire bénéficier de cette libéralité la science psychiatrique, en s'appliquant avec un zèle égal aux études d'anatomie pathologique et de clinique.

D'autre part, si, dans le quartier de traitement, un seul médecin ne peut soigner individuellement et efficacement plus de 100 à 120 malades, il paraîtra sans doute exagéré à beaucoup d'esprits judicieux d'exiger, dans les quartiers d'incurables, un médecin pour 100 malades. D'après un travail de M. le Dr Christian, paru récemment dans les *Annales*, le nombre des incurables dans nos asiles atteindrait le chiffre de 90 p. 100. Que si cette évaluation paraissait exagérée, tout le monde du moins reconnaîtra que dans une population de 600 aliénés, idiots et épileptiques d'un asile départemental, le nombre des curables ne dépasse pas la centaine. Quoique pour les 500 autres le médecin doive « veiller et être prêt à intervenir en raison des incidents nombreux qui peuvent survenir », il sera difficile d'admettre que ces interventions exigent la présence de 5 médecins, à moins qu'on ne prétende que les interventions *post mortem*, les travaux d'amphithéâtre et de laboratoire n'absorbent une grande partie de leur activité.

L'argument n'est peut-être pas entièrement dénué de valeur, mais il faut reconnaître qu'il pourrait être malicieusement exploité par les adversaires du système.

Entre l'abus qui consiste à confier aux soins d'un médecin en chef, assisté d'un adjoint, 800 ou 1.000 malades, même incurables, et le système qui exige pour ce service 8 ou 10 médecins, il est sans doute un moyen terme auquel il serait sage de s'arrêter. L'effet utile n'augmente pas indéfiniment avec le nombre des méde-

©BIUM



cins ; il en est comme de la puissance d'un microscope, qui a des limites au delà desquelles le grossissement, loin de contribuer à la netteté de l'image, ne fait que la rendre trouble et confuse.

Par contre, tous les médecins et directeurs d'asiles, qui sont journellement aux prises avec les difficultés que suscite le recrutement du personnel de surveillance, envieront un corps d'infirmiers tel que celui que nous dépeint le Dr Illberg. Il est incontestable que ces surveillants, dont la proportion est de 1 pour 5 malades, qui sont formés à une bonne école d'infirmiers, largement rétribués, attachés en outre à l'établissement par l'attrait d'une pension de retraite et par des avantages de toutes sortes, doivent s'appliquer à remplir avec zèle et dévouement leurs fonctions, et faciliter ainsi dans une large mesure la tâche du médecin.

©BIUM

# Revue critique.

## TYPE MONGOL DE L'IDIOTIE

**Par le professeur P. KOVALESKY**

Au point de vue de leur étiologie, tous les cas d'idiotie peuvent être divisés en deux grands groupes, dont le premier comprend l'idiotie congénitale et le second, l'idiotie qui se développe après la naissance.

Entre d'autres variétés le premier groupe comprend celle qui est connue sous le nom de *type mongol de l'idiotie*. Cette dénomination tient à ce que les malades qui en sont affectés ressemblent quelque peu aux Tartares ou aux Kalmouks. C'est Langdon Down qui en 1866 décrivit cette variété pour la première fois ; sa relation fut suivie par toute une série d'ouvrages dus à des auteurs anglais, français et allemands tels que Fraser, Séguin, Mitchel, Wilmarth, Sutherland, Ireland, Bourneville, Philippe et Oberthur, Neumann, Fennell, Kassowitz et d'autres (1).

(1) Langdow-Down. *Clinical lectures and reports of the London hospital*, III, 1866. — Fraser. Report of a case autopsie with noticeon sixty two cases. — Arthur Mitchell. Commissionner in Lunacy *Journal of mental science*, 1876. — Thomson. On the Diagnosis and Prognosis of certain forms of imbecility, *Scottisch medical and surgical Journal*, 1898. — Wilmarth. Report on the examination of one hundred Brains of Feeble-Minded Childern, *Alienist and Neurologist*, 1890. — Sutherland. Mongolian Imbecility in Infants, *Practitioner*, 1899. — Bourneville. Recherches cliniques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'épilepsie, 1903. — Philippe et Oberthur. Etude histologique de deux cas d'idiotie type mongolien, *Ibidem*. — Neumann. Ueber den mongolischen Type de Idiote, *Berl. kl. Wochenschrift*, 1899. — Fennell. Mongolian imbecility,

©BIUM



Les observations de Fennell montrent que c'est à l'âge infantile que le type du mongolisme se manifeste d'une façon particulièrement accusée pour s'atténuer graduellement et n'apparaître que rarement parmi les idiots adultes. Cette rareté du type mongol parmi les idiots adultes s'explique peut-être aussi par d'autres causes, notamment par ce fait que l'idiotie mongolienne est une idiotie profonde dont l'énergie vitale n'est guère très intense, ce qui fait qu'elle est frappée de mortalité avant d'atteindre l'âge mûr. Notre supposition est confirmée par ce fait que nous avons relevé un chiffre de 20 p. 100 environ de semblables malades parmi les enfants idiots détenus à l'Institut des idiots et des épileptiques fondé à Oudelnaya par la Société d'assistance des idiots, tandis que nous n'en avons observé que fort peu parmi les adultes, au cours de nos études cliniques à l'hôpital de l'arrondissement de Kazan.

Au nombre des causes étiologiques de cette maladie, Bourneville plaçait : l'hérédité pathologique, les congestions cérébrales chez le père, le suicide dans la ligne du grand-père, la nervosité et la migrainosité chez la mère, le retard du développement dans la ligne du grand-père maternel, les apoplexies, la mort par convulsions, l'âge plus avancé de la mère que celui du père. Au cours de la grossesse de la mère on a observé des émotions, des traumas et des mouvements particulièrement marqués du fœtus. Langdon Down pense que le type mongol est l'expression d'une dégénérescence tuberculeuse héréditaire. De nombreux auteurs ont trouvé une parenté entre le type mongol et le crétinisme. Ainsi, Séguin déclare qu'il existe une parenté entre le type mongol et les degrés peu avancés du crétinisme. Neumann et Kassowitz soutiennent le même point de vue.

D'après les recherches de Fennell, le type mongol de l'idiotie est la manifestation d'un arrêt du développement prénatal et par conséquent l'une des expressions

---

*The Journal of mental science*, 1904. — Kassowitz. Infantile Mixœdeme, Mongolismus und Mikromelie, *Wiener med. Presse*, 1902. — Berkhan. *Ueber den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn*, 1904.

©BIUM



ncontestables de l'idiotisme congénital. Kassowitz, qui trouve une ressemblance entre les malades frappés du type mongol de l'idiotie et les crétins, établit une connexité si étroite entre ces deux phénomènes et les lésions de la glande thyroïde qu'il va jusqu'à considérer le traitement de ces malades par la thyroïdine comme donnant certain bon résultat. Il se peut que le crétinisme et le type mongol ne soient pas seuls à être unis par un lien génétique aux lésions de la glande thyroïde et que beaucoup d'autres variétés de l'idiotie soient dans le même cas ; néanmoins, il est difficile de trouver au point de vue clinique une grande ressemblance entre les crétins et les idiots du type mongol, d'autant plus que Bourneville n'admet pas la présence de lésions de la glande thyroïde chez ces malades.

Sauf le type mongol de l'idiotie on distingue encore — d'après l'aspect extérieur — le type grec (la surface du front et le dos du nez se trouvent sur le même plan), le type indien, le type éthiopien et le type malais. Une semblable division d'après la ressemblance extérieure pourrait être continuée beaucoup plus loin, jusqu'au règne animal notamment ; mais le fait est qu'une pareille ressemblance avec différentes nationalités étrangères s'observe aussi bien chez les sujets normaux.

Qu'est-ce qui caractérise donc le type en question ? La tête des malades en question est petite, mal arrondie, plus ou moins régulièrement conformée, à diamètre longitudinal presque toujours raccourci et se rapprochant du diamètre transverse ; le type du crâne (dans la variété mongole) est *brachycéphalique* ; les fontanelles sont normalement oblitérées ; la nuque est presque parallèle au plan de la face. La face est plate et large ; le front, bas et étroit ; la racine du nez large ; la glabelle plate et le nez lui-même court et large. Les narines sont plus dilatées qu'à l'ordinaire ; le nez n'est séparé des yeux que par un pli étroit (Neumann) ; le bord supérieur des orbites et les fentes oculaires sont obliques ; elles se dirigent de bas et en dedans, en haut et en dehors ; les fentes palbébrales sont assez étroites, les paupières gonflées, le bord susorbitaire proémine plus qu'à l'état normal, ce qui augmente encore la direction oblique des arcades sourcilières ; la coupe des yeux est elliptique,

©BIUM



elle a la forme d'une amande. L'on observe parfois du strabisme et une blépharite chronique constante. La bouche est généralement petite, souvent entr'ouverte, le maxillaire inférieur saillant, la langue souvent portée en dehors. La croissance des dents est irrégulière et retardée ; l'arrangement des dents souvent irrégulier ; elles sont espacées, déviées ou superposées (à deux rangées). La langue fait souvent saillie hors de la cavité buccale ; ses papilles caliciformes sont très accusées ; la langue est quelque peu épaissie, rude, rugueuse, plissée et fendillée (langue mongole de Bourneville, langue géographique de Neumann). Le palais est profond, la tête penchée, la constitution lymphatique. Sur 9 malades, Bourneville a observé des excroissances adénoïdes 1 fois, des amygdales volumineuses 4 fois, des amygdales un peu hypertrophiées 2 fois et des amygdales normales 2 fois. Les joues et le menton sont rouges (Bourneville et d'autres), le visage a une teinte gris brun noirâtre, il est sec et rude au toucher (Neumann) ; nous avons eu personnellement l'occasion d'observer un teint terreux ou d'un rouge anormal semblant déterminé par des vaisseaux sanguins dilatés. Les oreilles sont petites, plates, placées un peu trop bas, bordées d'un liséré seulement, malformées parfois, à partie supérieure enroulée dans le sens antérieur ; les lobules sont généralement triangulaires et adhérents (oreilles mongoles de Bourneville).

Les malades ont l'air de petits vieillards à front ridé ; l'aspect général est celui du Mongol. Les vices cardiaques sont fréquents (Fennell) ; la taille est petite ; le corps mal fait, trapu ; le tronc solide, trapu ; le thorax plat ; le ventre est gros ; la croissance de l'organisme retardée ; les jambes et les bras sont courts, ils portent des traces de rachitisme ; la brièveté de quelques doigts est disproportionnée. Les mains conservent le caractère de l'idiotie, les doigts sont tronqués, les pieds courts ; les mains et les pieds froids et cyanosés ; les doigts peuvent être facilement fléchis sur la paume et ramenés sur le dos de la main. La voix est perçante, désagréable ; les jointures semblent dévissées et affaiblies ; le développement des muscles est retardé ; la peau sèche, rugueuse et mamelonnée, d'une élasti-

©BIUM



cité insuffisante. Elle semble tendre comme un sac.

Le développement des poils pubiens est suffisant ainsi que celui des seins chez la femme et celui des organes génitaux. Les garçons ont souvent des anomalies du testicule. Le développement normal des particularités juvéniles est le trait caractéristique qui distingue le type mongol de l'idiotisme myxœdémateux. La température du corps est inférieure à la normale, mais supérieure à celle des idiots myxœdémateux. En somme, tous les idiots du type mongol présentent un arrêt du développement de l'organisme qui s'exprime par 7 à 32 vis-à-vis des sujets normaux. Neumann attribue encore aux idiots du type mongol les anomalies suivantes que l'on observe parfois : atrésie de l'anus, malformations des oreilles, strabisme, etc.

L'idiotie du type mentionné peut se présenter à tous les degrés. Langdon Down attribue aux dits idiots les traits distinctifs suivants : une faculté exagérée de l'esprit d'imitation, une mobilité extraordinaire et un jeu exagéré des muscles mimiques (fait remarquable, l'énergie mentale et corporelle des idiots dont il s'agit est en rapport direct avec la température extérieure). Dans l'enfance ils promettent plus qu'ils ne tiennent. En général, leurs facultés intellectuelles sont très inférieures. Leur caractère marque une résistance passive.

D'après Bourneville, à l'autopsie de pareils idiots, l'on a observé : l'état normal de la glande thyroïde, la présence du thymus, la simplicité des circonvolutions cérébrales qui sont quelque peu raccourcies (Berkhan). A l'examen histologique, Philippe et Oberthur ont trouvé : une légère méningite fibrineuse, la sclérose de la tunique externe des artères, l'amincissement de l'écorce cérébrale — de la substance blanche surtout (microgyria) — une pauvreté remarquable des cellules nerveuses, la finesse du réseau d'Exner, peu de névroglie. La coloration des circonvolutions est uniforme (dystrophie). On remarque encore dans la substance blanche une abondance de vaisseaux à parois sclérosées, la gaine adventice est dilatée. En général, l'on constate un processus dégénératif accompagné de troubles dystrophiques très accusés.

La Russie est un pays si vaste que l'on y trouve les

©BIUM



types de races les plus variées ; elle abonde surtout en tribus mongoles, aussi bien par le caractère de ses parties constitutives actuelles que par les circonstances historiques. Donc, rien d'étonnant à ce que l'on trouve beaucoup de sujets du type mongol parmi ses idiots. Au cours de nos études, faites à l'Institut des idiots et épileptiques, fondé à la station Oudelnaya par la Société d'assistance des idiots, nous avons eu récemment l'occasion d'observer 70 malades. Ils étaient tous âgés de deux à vingt-cinq ans, c'est-à-dire qu'ils avaient, d'après Fennell, l'âge où le type mongol s'accuse et s'exprime le mieux. Sur ce nombre nous avons constaté 7 idiots de type mongol (5 garçons et 2 filles), c'est-à-dire 10 p. 100, dont un garçon et une fille ont succombé à la tuberculose. Cinq sont restés en vie, et tous ils répètent d'une manière particulièrement frappante le type de l'idiotisme mongolien que nous venons de décrire. Par conséquent, le pour cent du type mongol des idiots est très considérable parmi les idiots russes, alors que Bourneville (1), qui a consacré toute sa vie à l'étude de l'idiotie et qui a eu sous sa surveillance des milliers d'idiots, n'en signale que 8 porteurs du type mongol (4 garçons et 4 filles). D'après Ireland, on observe dans les établissements pour aliénés de l'Europe 3 à 4 p. 100 du type mongol des idiots. Nous avons été placé dans des conditions encore plus favorables, à l'Université de Kazan, attendu que le gouvernement de Kazan lui-même et les gouvernements voisins sont la contrée du royaume autrefois célèbre des Tartares de Kazan, et ont leur population actuelle constituée en grande partie par des Tartares et des peuplades non slaves. En conséquence, nous avions le droit de nous attendre à ce que le pour cent du type mongol de l'idiotie y fût encore plus considérable qu'à Saint-Pétersbourg. C'est ce qui eut lieu en effet : sur 20 idiots que nous eûmes l'occasion d'examiner, 4 appartenaient au type mongol (1 homme et 3 femmes), dont 2 étaient des Russes et 2 des Tartares pur sang. Il importe toutefois d'ajouter

(1) Bourneville. De l'idiotie mongolienne. *Le Progrès médical*, 1903.

©BIUM



que sauf les Tartares mentionnés, nous avons eu l'occasion d'observer encore d'autres Tartares idiots indemnes des caractères du type tartare.

Le fait est que les Tartares de Kazan se distinguent beaucoup des Tartares qui habitent les steppes kalmouks, pour se rapprocher davantage des Turcs. Voici pourquoi nous n'avons pas trouvé parmi les idiots de la tribu tartare primitive un type d'idiotisme mongol qui leur fût commun à tous.

En même temps, l'opinion de Fennell fut parfaitement confirmée, savoir que le type des idiots mongols s'atténue considérablement avec le temps pour perdre les caractères marquants qu'il avait dans l'enfance (à l'hôpital de l'arrondissement de Kazan nous n'avons observé que des idiots adultes).

A notre grand regret, le registre d'entrée ne contenait presque pas de renseignements sur les malades en question, ce qui fait que l'on ne peut presque rien dire de déterminé sur les causes étiologiques. L'ivrognerie du père était signalée dans un cas; dans d'autres, on signalait la syphilis des parents, les commotions morales de la mère pendant sa grossesse, une frayeur éprouvée par la mère au cours de la grossesse et des chagrins à la même époque. Voici les anomalies constatées chez les malades : convulsions épileptiques, 3 cas ; éclampsie infantile, 2 cas ; engorgement des ganglions lymphatiques, 8 cas sur 11 ; absence de poils au pubis et sous les aisselles, 7 cas sur 9 ; arrangement irrégulier des dents, 8 cas ; palais étroits, 5 cas ; oreilles écartées, 8 cas ; langue plissée, 8 cas ; strabisme, 5 cas ; tumeurs de la face (athérome), 2 cas ; monorchidie, 1 ; prépuce allongé, 1.

Tous les enfants idiots appartenant au type mongol n'aiment pas à rester en place ; ils sont gais sans raison, enclins à la destruction ; leur idiotie atteint un degré excessif ; ils ne parlent presque pas ou ne disent que trois, quatre mots tels que « papa, maman », etc. Malpropres au début, ils sont susceptibles d'apprendre la propreté et l'ordre. Leurs mouvements sont toujours harmonieux, ce qui fait douter de leur anomalie mentale, dont le degré est excessif. L'appétit, les fonctions de l'intestin et le sommeil sont tout à fait satisfaisants.

©BIUM



Ils sont doués d'un grand esprit d'imitation stupide qu'il leur est difficile de mettre en pratique, de l'adapter à une œuvre quelconque. Leur énergie vitale n'est pas très considérable ; ils n'atteignent pas l'âge moyen et succombent rapidement à la tuberculose. Ireland ne soutient pas l'opinion de Down sur la descendance des idiots du type mongolien de parents tuberculeux ; mais il admet que les idiots internés du type mentionné succombent rapidement à la tuberculose.

Les matériaux que nous avons avons utilisés peuvent être divisés en trois catégories : le type mongol de l'idiotie qui comprend les Russes et les Israëlites originaires de la Russie centrale, le type mongol comprenant les Russes et les Tartares originaires de la Russie orientale et le type non mongol comprenant les habitants (non Slaves) de la Russie orientale dont la population abonde en Tartares.

Voici un cas que nous avons eu l'occasion d'observer. Les autres ne sont que ses reproductions en quelque sorte photographiques :

V. K... est âgé de quinze ans. On ne sait rien au sujet de son père. Sa mère a éprouvé une vive frayeur pendant sa grossesse. Il a eu des frères et des sœurs, mais ceux-ci sont bien portants. Depuis l'âge de trois ans des attaques épileptiques qui viennent encore actuellement plusieurs fois par an se sont déclarées. Il commença à marcher à deux ans, à émettre des sons à trois ans. Il n'a eu aucune maladie. Les résultats de l'observation sont les suivants : taille, 1 m. 31 (normale, 1 m. 50) ; poids du corps, 35 kilogr. (45 kilogr.) ; circonférence du crâne, 50 cent. 5 ; depuis la protubérance occipitale externe à la glabelle, 31 centimètres ; d'une oreille à l'autre, 27 centimètres ; hauteur du front, 7 cent. 54, largeur 13 centimètres ; hauteur de la face, 19 centimètres ; diamètre vertical du crâne, 15 centimètres, transverse, 11 centimètres, diamètres obliques droit et gauche, 13 centimètres ; longueur des oreilles, 5 centimètres ; largeur des oreilles, 2 centimètres ; diamètre frontal, 9 centimètres ; distance entre les pommettes, 8 centimètres ; entre les yeux, 4 centimètres ; longueur du nez, 3 cent. 5 ; largeur du nez, 3 centimètres ; largeur de la bouche, 5 centimètres ;

©BIUM



circonférence du thorax, 67 centimètres : circonférence de l'abdomen, 63 centimètres; longueur des bras 57 centimètres; longueur des jambes, 74 centimètres; longueur du tronc, 49 centimètres. La tête est ronde, régulièrement conformée, la nuque presque coupée ras, le front bas, couvert de rides transversales, la face large et plate, le nez bas, court et aplati, les narines dilatées et très accusées, la racine du nez large et plate, les oreilles sont petites, à bord étroit et à lobule adhérent : les yeux sont très distants l'un de l'autre, les orbites se dirigent par leurs bords externes un peu obliquement en dehors et en haut; les fentes oculaires sont assez étroites, les paupières supérieures un peu gonflées (légère blépharite). Petite bouche presque toujours ouverte, lèvres gonflées comme retournées en dehors, grosse langue à surface coupée. Tronc trapu, peau foncée semblant trop large pour le tronc, extrémités courtes à articulations libres, doigts des mains courts. Poignets froids et cyanosés; brièveté disproportionnée des doigts auriculaires. Pas de poils au mont de Vénus, développement insuffisant des organes sexuels. L'aspect du garçon est alerte, vigoureux, vif, gai, énergique. L'expression de la face est sensée et fait que l'on se demande involontairement la cause de sa présence parmi les idiots.

A votre entrée, où qu'il soit, il se dirige rapidement vers vous, vous tend la main, la secoue énergiquement et vous embrasse avec tendresse et bonhomie. Sa figure exprime la joie et l'animation. Souvent il quitte sa place, se dirige vers la porte ou la grille du jardin en exécutant ses mouvements si bien et d'une manière si précise que vous avez l'idée très nette de son intention d'observer les entrants et les sortants et de veiller à l'ordre. Il est propre, soigné dans sa tenue, convenable, mais à votre première question vous voilà consterné. Il ne dit que « papa », « maman ». Il ne vous comprend pas, il ne sait rien. Son développement intellectuel est tout à fait inférieur. Tout son amour de l'ordre tient à une imitation visuelle qu'il ne dépasse pas. Toutes les fonctions de l'organisme sont normales.

Les autres sujets du type mongol que nous avons observés se distinguent fort peu du cas précédent.

©BIUM



En reportant notre attention sur les deux Tartares idiots que nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital de l'arrondissement de Kazan, nous pouvons dire que tous les deux présentent incontestablement des cas typiques d'idiotisme mongolien; la femme (vingt et un ans), étant plus jeune, présente des caractères plus accusés de cet idiotisme, alors que l'homme, qui est plus âgé (cinquante-trois ans), présente un type plus adouci.

Nous avons observé en outre, toujours dans le même hôpital, une femme russe du type mongol, âgée de cinquante ans, originaire du gouvernement de Kazan, et deux Tchérémisses dont l'une était manifestement affectée du type mongol, tandis que l'autre n'avait que des malformations à la main gauche et une asymétrie du corps. Enfin, nous avons eu l'occasion d'observer encore un Votiak idiot de quarante-huit ans, originaire du gouvernement de Kazan qui n'avait absolument rien du type mongol, sauf des oreilles écartées.

D'après l'opinion d'Ireland, le type mongol de l'idiotie frappe généralement les enfants des familles nombreuses; il serait le produit d'un épuisement familial. Les enfants en question ne relèvent pas la tête jusqu'à six mois; ils ne marchent pas avant deux ans. Leur dentition est tardive.

Nos observations nous permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

1° En Russie, le type mongol de l'idiotie s'observe plus fréquemment que dans les autres pays; il atteint le chiffre de 10 p. 100 de tous les idiots; en outre, il s'observe encore plus fréquemment dans les localités dont la population primitive comprend beaucoup de Tartares;

2° Ce type est propre aux organismes les moins parfaits, de là sa mortalité en bas âge;

3° Ce type se combine toujours à un degré très inférieur du développement intellectuel et constitue l'idiotie complète. Il est vrai qu'avec l'âge les caractères du type mongol de l'idiotie s'atténuent graduellement.

©BIUM

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ITALIENS

### Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale e Medicina legale.

Année 1903.

I. — *Criminels cubains*; par le Dr Mariani (numéro de janvier). — La population de l'Ile de Cuba comprend environ 1.600.000 habitants qui seraient pour les trois quarts des créoles; le reste est formé de Chinois, de nègres, de très rares métis de Chinois et de blancs, de métis de nègres et de Chinois et des métis de blancs et de nègres. Le mariage, bien qu'il ne soit accompagné que de formalités très simples, est souvent remplacé par le mariage libre. Dans ce milieu, l'auteur a pu observer 432 criminels, soit 232 blancs, 94 métis et 101 nègres. Dans les races blanches, il a trouvé le type criminel à peu près dans les mêmes proportions qu'on le voit en Europe; il n'existe qu'assez rarement dans les races inférieures.

II. — *Psychologie d'une uxoricide tribade*; par le prof. Lombroso (numéro de janvier). — Une dégénérée de trente ans présentant le type criminel-mongoloïde décrit par l'auteur et par Ferrero s'était éprise dès le couvent d'une de ses camarades. Bien que mariée, elle voulut faire consacrer son union homosexuelle par l'église et y réussit à l'aide d'un subterfuge. Elle attira à cette cérémonie bizarre un de ses neveux qui partagea la couche de ces jeunes mariés d'espèce singulière. Avec la complicité de ce neveu qu'elle avait corrompu et d'une autre personne, elle mit à mort son mari après lui avoir administré un narcotique et le dépeça : une jambe fut jetée dans un fossé, le reste du corps à la rivière. Quel rôle a joué l'hystérie dans cet imbroglio romanesque? Lombroso rapproche de cette histoire

©BIUM



le mariage de Néron et de Sporus et les hauts faits d'Elagabal ; il insiste sur le mysticisme répandu dans toute cette affaire.

III. — *Amours anormaux chez les animaux domestiques* ; par le Dr de Blasio (numéro de janvier). — Un coq chinois était le sultan jaloux d'une basse-cour ; une épidémie cholérique ayant diminué le nombre de ses préférées, il commettait avec une volupté insolite des brutalités sur les cadavres de ses odalisques. — Le pigeon, d'ordinaire si fidèle à son épouse, la trahit quelquefois, l'abandonne plus rarement et parfois l'oblige à supporter une concubine dans le nid conjugal : il accomplit même dans certains cas l'acte sexuel avec des petits qui ne peuvent pas encore voler et même avec des cadavres de colombes ou de poules ; les pigeons qui meurent d'apoplexie sont souvent ceux qui se livrent à des excès amoureux. — Un chien pratiqua le coït avec une chienne qu'il aimait et qui venait d'être tuée d'un coup de fusil. On peut rapprocher ces faits de l'histoire du vampire de Muy et de celle de certains personnages de la Bible (Tobie). — Autre perversion : un vieux dindon blessé gravement à la tête était plein de prévenances pour la jeune fille qui le soignait ; mais la scène d'amour idéal se terminait par une « horrible scène de luxure » qui maculait les pieds de « sa chérie ». On a vu souvent, hélas ! l'amour saphique d'une jeune fille et d'un chien ; l'auteur cite une scène de jalousie qu'un chien fit à une jeune mariée et rapporte les amours d'une chienne et d'une ânesse, d'une poule à type mâle avec ses semblables qui, fatiguées, la mirent à mort. Il existe donc pour l'auteur italien des perversions sexuelles innées chez les animaux.

IV. — *La lutte contre la dégénérescence* ; par le Dr Portigliotti (numéro de janvier). — Lorsque l'homme se marie, il doit avant tout chercher à procréer des enfants sains : tous les moralistes l'ont dit depuis le Zend-Avesta et la Bible jusqu'à nos jours, et mieux vaut chercher un conjoint sain qu'un conjoint riche, c'est un lieu commun de morale. En pratique, hélas ! cette théorie est bien rarement appliquée. C'est pourquoi certains législateurs ont cherché à limiter le libre choix des futurs époux dans des limites plus étroites que le Code civil. Vers 1840, le général comte de Chaffault avait soulevé la question devant la Chambre française, mais sans résultat. De nos jours, certains États d'Amérique ont interdit le mariage à certains groupes de prédisposés : épileptiques, alcooliques, syphilitiques, aliénés (Dakota, Texas) ; la prison et l'amende punissent

©BIUM



les contrevenants. En Indiana, une commission composée de deux mères de famille, de deux médecins éminents et d'un avocat examinent la santé des futurs époux. Mais ce n'est pas tout d'interdire le mariage régulier à une ou plusieurs catégories de sujets, car rien ne les empêche d'avoir des enfants hors mariage. Le Michigan adoptant les vues théoriques de Naecke, de Mario, de Zuccarelli et d'autres, prescrit l'asexualisation chirurgicale pour tous les individus enfermés dans un manicome pour aliénation mentale ou épilepsie et pour les criminels condamnés au moins trois fois pour délit grave. A ceux qui seront condamnés pour violences charnelles, on pratiquera la « stérilisation » et l'auteur italien recherche quel est le procédé le plus pratique et le moins dangereux pour réaliser ces opérations. Quant à moi, je proteste de toutes mes forces contre cet utilitarisme modern-style qui ne rappelle que trop les canons des vieux conciles qui ordonnaient de détruire les hérétiques par le fer et par le feu. Après cela, il ne resterait plus qu'à mettre à mort les sujets atteints d'affections contagieuses.

V. — *Fossette occipitale médiane*; par le Dr Cascella (numéro de janvier). — Sur 707 crânes normaux de diverses origines, l'auteur a trouvé dans 6,5 p. 100 des cas la fossette occipitale médiane; ce chiffre est voisin de celui déjà trouvé par d'autres anthropologistes. Sur 118 aliénés, l'anomalie existe 11,8 p. 100. Dans un cas, cette fossette était énorme, c'était chez un épileptique macrocéphale mort en état de mal. Sur 47 crânes de criminels la fossette existait dans 23,6 p. 100 des cas, chiffre égal à celui de Lombroso. L'auteur a examiné 48 crânes d'aliénés sur la table d'autopsie, il a trouvé l'anomalie 7 fois, soit 13,5 p. 100. Ce serait une anomalie réversive fréquente à la fois dans les races inférieures, chez les aliénés et chez les délinquants.

VI. — *Sur le vermis hypertrophique, la fossette occipitale médiane chez les normaux, les aliénés et les délinquants*; par le prof. C. Lombroso (numéro de janvier). — La fossette occipitale médiane se rencontre 18, 1 p. 100 chez les préhistoriques, 19,4 chez les anciens Egyptiens (XIIe dynastie), 5,9 p. 100 chez les Birmans, les Chinois, les Cosaques, et 8 p. 100 chez les Sémites, les Arabes et les Abyssins, 1,1 p. 100 chez les Australiens et les habitants des îles voisines, 26,4 p. 100 chez les anciens Américains, 6,2 p. 100 chez les nègres et 4,3 p. 100 chez les Européens normaux. Pour l'illustre auteur, ce serait par un retour atavique véritable que l'on rencontrerait fréquem-

©BIUM



ment cette fossette chez les délinquants et les fous (de 12 à 22 p. 100, notamment chez les épileptiques). Cependant, les Américains à demi civilisés la présentent plus fréquemment que les nègres sauvages. Cette fossette est presque normale chez certains animaux : les marsupiaux, les édentés, les cétacés, les carnivores, les singes inférieurs. Elle coïncide avec l'hypertrophie du vermis et suit les règles de variation de cet organe (Foa, Bizzozero). D'ailleurs, la fossette peut être régulière ou irrégulière et se présenter dans des crânes plus ou moins riches en anomalies. Cette constatation anatomique semble une confirmation du rôle que l'on accorde au cervelet dans la sphère des mouvements (impulsivité) de l'instinct sexuel et des mouvements de l'iris et du cœur. On peut citer aussi l'opinion de La Peyronie et de Foville qui faisaient du cervelet le centre des sensations générales.

VII. — *Le libre arbitre nié par les fauteurs du libre arbitre*; par le Dr Trespioli (numéro de janvier). — Très long et très intéressant article de métaphysique qui montre une fois de plus par des exemples nombreux et bien choisis les antinomies auxquelles arrivent les partisans les plus déterminés du libre arbitre dans leur lutte contre le déterminisme ; aussi le rôle que le libre arbitre joue dans notre droit civil et surtout pénal et combien est chancelante cette théorie qui prétend servir de base à notre ordre social tout entier. Signalons la limpidité du style de l'auteur, son érudition, et sachons-lui gré d'éviter avec soin tout ce qui rappelle le jargon scolastico-germanique qui menace de nous envahir.

VIII. — *Classification subjective des infractions* ; par de la Grasserie (numéro de janvier). — L'auteur, qui écrit en français, après avoir rappelé les définitions de la contravention, simple acte dangereux, du délit et du crime, signale que dans bien des législations récentes on ne connaît plus que deux séries d'actes nocifs : les contraventions et les crimes (Italie, Espagne, Suisse). Il insiste sur ce fait que ces classifications sont faites suivant les idées d'une époque et varient avec les idées reçues, d'où il résulte que le législateur est obligé de modifier les textes sous la pression de l'opinion publique et qu'à défaut de cette façon de procéder, qui est exceptionnelle, une jurisprudence s'établit qui viole la loi : telle est l'habitude de nos juges français de correctionnaliser les affaires, mais cette faculté n'est réglée par aucune loi ; l'auteur propose d'en faire l'objet d'un jugement de la cour d'appel avec recours possible en cassation, de même qu'actuel-

©BIUM



ment en Allemagne le tribunal peut renvoyer à la juridiction du baillage certains faits qui ne lui semblent pas mériter les peines rigoureuses dont il dispose.

IX. — *Un lecteur de pensées* ; par Gualino (numéro de janvier). — Ernesto Bellini se dit lecteur de pensées et se vante d'exécuter, sous la direction d'autrui, une foule d'actes plus ou moins complexes : Gualino s'est assuré, dans les meilleures conditions possibles, qu'il n'y avait aucune supercherie. Cet « artiste » en divination est un plagiocéphale, porteur de nombreux stigmates de dégénérescence avec une hyperesthésie acoustique très manifeste, des signes nets d'hystérie, une excitabilité génésique très grande et une amnésie bien marquée. C'est le fils d'un ingénieur très instruit, mais de mœurs légères, qui s'est suicidé après avoir étudié le problème du mouvement perpétuel. Ernesto Bellini s'enfuit du collège, devint gymnasiarque et vers l'âge de 22 ans, après avoir assisté aux expériences de Pickmann, il s'aperçut qu'il pouvait les répéter facilement. Ce n'est cependant que cinq ans plus tard qu'il commença à s'exhiber sur un théâtre. Pendant ses exercices, le pouls s'accélère, et lorsqu'il éprouve un échec, il a des crises de larmes. Avant de commencer, il se frotte légèrement les yeux, ce qui lui permet d'entrer dans une sorte de monoïdéisme hypnotique ; au réveil, il a oublié ce qu'il vient de faire. C'est donc une sorte de somnambulisme spécial chez un sujet hystérique en équilibre nerveux instable.

X. — *Sur quelques mouvements particuliers propres au scrotum* ; *note préliminaire* ; par le Dr Zamorani (numéro de janvier). — On ignore la physiologie spéciale du dartos ; on sait seulement qu'il se contracte sous l'influence du froid, de la douleur, du spasme vénérien, en recroquevillant le scrotum comme une sorte de crêpe. L'auteur, sous la direction de Marco Trevès, assistant de Lombroso, a étudié les mouvements de cet organe : ils s'effectuent, non en bloc, mais fibre par fibre et isolent physiologiquement les deux étages des fibres qu'a décrites Sappey ; ces mouvements se succèdent de une à cinq fois par minute, séparés par des repos d'autant plus prolongés que le sujet est plus âgé, et débutent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre du scrotum, gagnent la base ; le raphé n'y prend aucune part. Ce mouvement cesse dans les mêmes conditions qu'il débute. Il manque parfois chez les épileptiques surtout anciens ; il est souvent troublé dans la paralysie générale ; il paraît exagéré dans les formes avec excitation ; il est indépendant du

©BIUM



réflexe crémastérien et est intéressant au point de vue de l'étude des fibres lisses dans les différentes maladies.

XI. — *Influence embryogénétique dans la différenciation des races* ; par le Dr de Castro (numéro de janvier). — Dans les races abyssines, surtout chez les Serangallas plutôt que chez les Gallas, existe une protubérance frontale médiane qui coïncide avec la saillie des zygomas, l'augmentation de la distance qui sépare les deux yeux, le prognathisme des incisives. Ces signes rappellent l'importance que la face présente chez le nouveau-né des races supérieures. Plus on se rapproche du type nègre, plus les caractères que nous venons de décrire s'accentuent; ce qui confirme la théorie de Haeckel, qui veut que les races les plus anciennes soient celles que nous considérons comme inférieures. Cette protubérance médiane est le vestige du bourgeon germinatif médian. Le prognathisme vient donc : 1° de l'ensellure nasale; 2° des branches maxillaires supérieures qui se développent davantage dans le plan horizontal; 3° des incisives. Ces mêmes traits existent chez les oxycéphales criminels ou aliénés (Lombroso) et montrent la parenté des races inférieures et des anormaux de races supérieures.

XII. — *Un vagabond* ; par le Dr Gualino (numéro de janvier). — Sujet de 25 ans avec sténocrotaphie, parésie musculaire et alcoolisme, fils d'un ivrogne et d'une mère qui se prostituait du consentement de son mari, un frère vagabond. Il a commencé à voler dès l'âge de sept ans, répugne à tout travail, exerce par intervalles les professions les plus bizarres, mais reste rarement en place ; impulsions à voyager, et lorsqu'il en est empêché, il éprouve une véritable claustrophobie.

XIII. — *Procès de Syndon, assassin criminaloïde* ; par le professeur Lombroso (numéro de janvier). — Syndon n'a aucun des caractères physiques de l'assassin par passion; il a des anomalies physiques et de l'irrégularité des traits, et appartient à une famille de névrosés; les mobiles de son crime n'ont rien d'éthéré : il cherchait à faire divorcer sa victime pour épouser une femme qui avait une situation supérieure à la sienne; le mari avait en sa possession une lettre de change souscrite par Syndon et protestée; il prétendait que le mari lui torturait le cœur, tandis qu'au contraire c'était cet homme qui était en droit de se plaindre. Syndon n'a d'ailleurs pas commis son crime le jour où sa victime le traita d'infâme, ce qui pouvait passer pour une provocation, mais bien deux jours après, lorsque la femme eut refusé de s'enfuir avec lui. Au lieu de se repentir

©BIUM



de son acte, il dit aux gendarmes qui l'arrêtèrent : « Il n'a que ce qu'il mérite ». Cependant, il a réellement aimé cette femme avec passion, car ses cheveux blanchirent en quelques jours, mais sa passion ne put lutter contre ses mauvais instincts : c'est un criminaloïde, non un criminel-né.

XIV. — *Prostitution et prostituées en Sicile*; par le Dr Collaris (numéro de mai). — Les anomalies sont fréquentes chez les prostituées (9,8 p. 100), beaucoup ont l'aspect féroce ou stupide; la plupart n'ont pas d'enfants. L'étude de leur famille montre la fréquence des tares nerveuses chez les ascendants, et aussi celle des alcooliques, des suicidés, des aliénés et des criminels dans leurs familles, souvent leurs mères, leurs sœurs ou leurs filles exercent la même profession. 19 p. 100 sont gauchères. Leurs vices sont ceux de leurs pareilles des autres pays : la masturbation, le saphisme, les couples de « petites sœurs » se rencontrent là comme ailleurs. L'hystérie est avec la syphilis et la blennorragie leurs maladies dominantes; l'alcoolisme est rare. La prostitution, à Catane comme à Paris, se recrute souvent à l'hôpital : de fausses dames de charité les « lancent » à leur sortie en leur prêtant des vêtements et des bijoux, et les font entrer dans des maisons closes. La visite des prostituées à la clinique sicilienne rappelle, de point en point, ce que l'on a occasion de voir à Paris dans la cour du dispensaire de salubrité, depuis la vieille entremetteuse à l'allure de sorcière jusqu'aux filles élégantes qui ne viennent qu'en voiture. Celles qui sont consignées en traitement cherchent par toutes les ruses possibles à sortir de l'hôpital; en ville, elles se font soigner par de vieilles prostituées dont c'est le commerce. Quelquefois, à l'hôpital, lorsque la surveillance se relâche, il y a de véritables orgies. Ces filles sont très jalouses, comme toutes les Siciliennes, volent et détruisent dans leurs colères. Leur paresse et leur vanité sont très grandes; elles ne sont pas religieuses mais superstitieuses, croient à la jettatura, à l'influence des talismans; elles maltraitent souvent leurs enfants et les vendent. Elles ont un argot spécial; le « reccataro » est le souteneur. Quelques-unes, 15 sur 300, sont tatouées, mais une seule d'une façon obscène.

XV. — *La criminalité chez les écrivains de la Grèce antique*; par le Dr S. Lévi (numéro de mai). — Dans les temps les plus anciens, il existait une sorte de criminalité physiologique : les personnages d'Homère ne sont pas toujours dignes d'estime. Plus d'une fois, les ruses d'Ulysse porteraient, de

©BIUM



nos jours, un autre nom, et Buchholz rappelle trois meurtres commis par des héros dans leur propre famille; la piraterie était une profession honorable. Les fous criminels ne sont pas rares. C'est Hercule rendu furieux par la chemise de Nessus dans les Trachiniennes de Sophocle, dans l'Hercule furieux d'Euripide. C'est l'épileptique Oreste qui devient parricide. C'est Ajax dans Sophocle. Plus tard, à la criminalité type de violence succède la criminalité type de fraude. Antiphoritis rapporte des cas d'empoisonnement, Lysias des adultères, Demosthènes de faux témoignages, des violences politiques, des tuteurs infidèles, des trahisons, des avortements, des calomnies et des diffamations. L'amour grec ne se cache pas à Athènes. La criminalité était pour Isocrate un accident, et les Tragiques eurent comme une intuition des rapports du crime et de l'épilepsie, maladie dont la collection hippocratique énumère les principaux signes. Platon semble, d'après le Dr Bersano, avoir pressenti la théorie lombrosienne en disant : « Certains sont méchants, non volontairement, mais par une disposition de leur corps. »

XVI. — *Contribution à l'étude du tourbillon des cheveux*; par le Dr G. Perusini (numéro de mai). — Les anomalies de la chevelure doivent être étudiées en raison de leur fréquence et de leur importance. Perusini complète un travail de Battistelli sur le même sujet. Dans le lanugo fœtal existent des « cours de poils », et chez l'adulte des « *vortices pilorum* » au sommet de la tête et dans la fossette coccygienne. Chez l'orang, cette disposition existe également. Souvent le tourbillon est dévié, surtout à droite; parfois, il est double, surtout chez les criminels, les idiots, les épileptiques. Généralement, voisin de l'obélion, il peut en exister un autre au niveau du front, surtout développé sur le fœtus, et qui persiste chez l'adulte, soit à l'état complet, soit à celui de vestige, avec une fréquence toute particulière chez les enfants et les adultes arriérés, les dégénérés psychiques, les fous et les criminels. L'auteur considère ces anomalies comme des retours ataviques et croit ces particularités surtout fréquentes lorsque l'insertion des cheveux est elle-même anormale.

XVII. — *Spasmes rythmiques des muscles du cou de nature hystérique*; Observation de C. Négro (numéro de mai). — Une fille de dix-huit ans a des soubresauts rythmiques d'exhaussement et d'abaissement alternatifs des deux épaules, qu'elle ne peut empêcher, et qui apparaissent de temps en temps pen-

©BIUM



dant la veille. Ces mouvements se produisent de 120 à 130 fois par minute, et diminuent pendant les mouvements volontaires; ils sont dus au faisceau médian acromial du trapèze des deux côtés, ce sont des secousses musculaires rythmiques chroniques (Pitres). Ces mouvements cessèrent à la suite d'une émotion brusque et n'ont pas reparu depuis onze ans. Pas de stigmates d'hystérie; néanmoins, à cause de la chloro-anémie concomitante, on peut les mettre quand même sur le compte de la névrose, car aucune autre étiquette ne leur convient. Deux cas semblables ont déjà été signalés par Follet (1892), et Bechterew (1902).

XVIII. — *Réforme judiciaire. Libération conditionnelle. Sanatoria pour alcooliques. Réparation des erreurs judiciaires*; par le Dr Notaristefani (numéro de mai). — C'est un extrait du discours de rentrée, prononcé devant le tribunal de Vérone. La partie lésée est la véritable victime, non seulement du délinquant, mais de la justice, car elle n'obtient pas de réparation du dommage causé, et sa plainte lui cause une multitude d'ennuis et des pertes de temps considérables. Parmi les condamnés, il y a une foule de mineurs, qui deviennent plus tard des récidivistes, des paresseux, des habitués des prisons dans lesquelles ils ne reçoivent aucune éducation morale, et s'excitent au récit des hauts faits de plus corrompus qu'eux. C'est pour éviter les chutes irrémédiables, après une première faute, que l'on devrait adopter, en Italie, une loi de sursis analogue à celle qui existe en France, en Belgique, en Angleterre, en Luxembourg, en Portugal, en Amérique, en Suisse. De plus, pour celui qui sait ce qu'est la prison actuelle, on ne saurait trop louer la Maison du travail, créée par les magistrats du tribunal de la Seine, et qui évite de punir comme délinquant un pauvre diable dont le seul crime est de n'avoir pas su trouver de travail. Il faut aussi lutter contre l'alcoolisme, source de misère, de dégénérescence physique et morale, de crimes, de délits de toute nature. Le suicide augmente à Vérone; autrefois, il était d'essence aristocratique, aujourd'hui, il se démocratise aussi bien pour qu'on oublie qu'à chaque droit est attaché un devoir, par suite des progrès de la folie et de l'alcoolisme. Pour lutter contre ce dernier fléau, il faudrait que l'on créât des établissements antialcooliques, avec durée de séjour indéterminée, et avec lesquels la police criminelle serait en relation permanente. La vieille théorie de la peine-expiation a fait son temps, on doit lui substituer le redressement, et pour

©BIUM



cela créer la peine de durée indéterminée, n'excédant pas deux années. La criminalité doit connaître le milieu où naît le crime et non l'étudier dans des livres. Enfin, dans un autre ordre d'idées, l'auteur préconise l'arbitrage dans les grèves. « *Fiat justitia ne pereat mundus* », a dit Hegel.

XIX. — *Races et criminalité en Italie*; par le professeur Lombroso (numéro de mai). — La race a une grande influence sur la criminalité. Voyez aux Etats-Unis, voyez combien Livourne, ancien nid de pirates, a plus de crimes que Milan, pour la même population; combien Bénévent a peu d'assassins; combien, au contraire, à Arsena sont nombreux les crimes de sang, ce qu'on avait remarqué dès le XVI^e^ siècle; combien les délits sont fréquents dans la Sardaigne du Nord (Nicofero) depuis le temps de Strabon jusqu'à nos jours, à cause de l'influence du sang phénicien et sémite. On objectera qu'il n'y a plus de races pures. C'est vrai, mais il y a des caractères persistants. On dira que les juifs ont une criminalité inférieure : c'est exact, mais le juif n'a rien de l'Arabe nomade. Cette prédisposition a pu encore être aggravée par de mauvaises conditions économiques persistantes (clans, latifundia).

XX. — *Cas de polymastie et de pléiomazie chez des individus du sexe masculin*; par le D^r^ Paravicini (numéro de mai). — Un jeune homme de vingt-huit ans a trois mamelons avec aréoles : deux à droite, un à gauche. Les deux premiers occupent la situation ordinaire, le troisième est sur la ligne demi-claviculaire, au niveau de la 5^e^ côte, avec une papille de 4 millimètres et une aréole de 18 millimètres de diamètre. Le mamelon présente, au centre, une légère dépression où s'ouvre un pertuis; la couleur de la région est celle des organes normaux. Ce sujet présente des stigmates de dégénérescence au niveau de l'oreille. Son état mental ne paraît pas altéré, sa mamelle surnuméraire répond à la 5^e^ paire théorique de Williams. Un autre sujet épileptique présente une mamelle surnuméraire à 2 centimètres de la ligne demi-claviculaire, avec une aréole de 8 millimètres de diamètre et un mamelon de 3 centimètres, cet organe correspond à la 3^e^ paire de Williams. Casella a observé, sur un microcéphale d'Aversa, deux mamelles surnuméraires striées de part et d'autre de la ligne médiane; une troisième paire dans la région hypocondriaque, une quatrième paire sous l'ombilic. Chacune de ces anomalies rappelle une disposition particulière à certains animaux : ce sont des anomalies réversives.

©BIUM



XXI. — *Criminels chiliens*; par le Dr Mariani (numéro de mai). — Cet article rappelle celui du même auteur sur les criminels cubains, que nous avons analysé plus haut, et aboutit aux mêmes conclusions.

XXII. — *Homicide épileptique. Rapport médico-légal*; par les Drs Meneghetti et Cainer (numéro de mai). — Après boire, un boucher est blessé de dix coups de couteau mortels par un de ses concurrents; son fils qui est présent n'a pas été touché. Traduit devant la Cour d'assises de Vérone, le prévenu est soumis à une double expertise. C'est un plagiocéphale, qui présente encore d'autres stigmates de dégénérescence, du tremblement des mains, des troubles de certains réflexes, de la diminution de la force musculaire, des rêves et de la céphalée gravative. Ses réponses sont pauvres en détails, rares; il présente des lacunes éthiques considérables. Son existence a été bizarre, il passe pour brutal, querelleur, il a exercé les professions de saltimbanque et de prestidigitateur. Il perd quelquefois involontairement ses urines; il a eu, dix ans auparavant, à la suite d'une chute, des phénomènes dits de congestion cérébrale; il a déclaré, d'ailleurs, qu'il ne se rappelait plus rien de la scène du crime, aux carabiniers qui l'ont arrêté; le médecin du pays a constaté et a soigné chez lui des troubles épileptiques. Le diagnostic n'est pas douteux, c'est un épileptique qui, sous l'action de la boisson, a commis un crime impulsif. Le jury l'a cependant condamné, sous la pression de l'opinion publique, en ne lui accordant qu'une demi-responsabilité.

XXIII. — *Type de fou moral*; par le professeur Lombroso (numéro de mai). — Ferdinand C..., vingt-neuf ans, présente des stigmates physiques de dégénérescence. Il attribue ses mésaventures à la misère excessive. Il a exercé tous les métiers et a commencé à voler dès l'âge de cinq ans. A huit ans, il viole une petite fille. A dix-huit ans, il est condamné pour la première fois, et devient alors un voleur de profession; il a tué un homme à l'instigation d'un de ses cousins, a frappé deux femmes; il a commis jusqu'aujourd'hui plus de cent vols différents. Par vanité de voleur, il fait tomber ses complices entre les mains de la justice. Nombreuses scènes de violence dans sa prison, il a des réminiscences de tirades anarchiques; il se fait offrir deux litres de vin par le Dr Lombroso pour lui faire des révélations, et il n'écrit que des banalités. Il a des antécédents d'aliénation mentale dans sa famille et a souffert de convulsions jusqu'à l'âge de huit-neuf ans.

©BIUM



XXIV. — *Etrange perversité sexuelle*; par le Dr Gualino (numéro de mai). — Il s'agit d'un avocat riche, n'exerçant pas sa profession, et qui est le fils d'une hystérique. Il a, dès l'âge de douze ans, des hallucinations: il va au lupanar et demande qu'on lui choisisse une robuste gaillarde, qui l'excite par ses attitudes passionnelles, qu'il exige de voir. Elevé dans un collège où florissait la pédérastie, il s'y adonna avec passion, en invoquant l'image d'une femme qui, d'abord, lui apparaissait comme une masse de graisse, et prenait ensuite une forme de plus en plus esthétique. Après quatre années de continence, il prit, à l'Université, l'habitude de ce plaisir bizarre, qui n'est qu'un fétichisme d'un genre spécial. L'amour, au lieu d'être excité par l'ensemble de la personne, ne l'est plus que par une fraction (Binet).

XXV. — *Malades, médecins et charlatans en Abyssinie*; par le Dr Lincoln de Castro (numéro de juillet). — Il y a en Abyssinie des empiriques Gallas qui jouissent d'une grande réputation; il y a également dans le pays une multitude de charlatans, parmi lesquels ne dédaignent pas de figurer de grands personnages; le peuple s'imagine que les Européens, quels qu'ils soient, savent tous guérir. Parmi les affections les plus répandues dans le pays, citons le tœnia, que les indigènes traitent, plusieurs fois par an, avec le kousso, dont il existe una variété toxique qui cause parfois des accidents. La syphilis est traitée par la méthode des « parfums », autrefois employée en Europe, et qui cause parfois des accidents d'hydrargyrisme; contre la variole, on emploie l'inoculation; contre la morsure des serpents et des scorpions, la cautérisation au fer rouge; contre les hémorragies traumatiques, le beurre bouillant. Les indigènes savent appliquer des ventouses à l'aide d'une corne de bœuf, forée à son sommet, et luttent contre le goitre par une série de tatouages en forme de collier; ils font, d'ailleurs, un très fréquent usage d'amulettes. Le beurre fondu est le remède des maladies de l'estomac. Le pied de Madura et le latyrisme sont fréquents dans le pays, les lépreux sont isolés dans des villages particuliers. Le pays est riche en sources thermales et en pèlerinages analogues à Lourdes. Ils ont une sorte de divination judiciaire fondée sur l'action des hypnotiques sur certains jeunes gens prédisposés. Le droit d'asile existe dans les églises. Les maladies nerveuses sont très fréquentes; on exorcise les épileptiques. Ils n'ont pas la notion du temps et cherchent des explications, naturelles ou non, à toutes

©BIUM



les maladies. On termine les accouchements laborieux, dans ce pays où toute technique obstétricale est inconnue, en tirant un coup de feu qui effraie la parturiente; la fièvre puerpérale est fréquente. Les empoisonnements et les philtres amoureux sont fréquents, mais passent pour ne pas avoir d'action sur les blancs.

XXVI. — *Augmentation de l'excitabilité corticale et phénomènes de l'épilepsie provoqués par les réactifs décalcifiants*; par le Dr Roncorini (numéro de juillet). — Les ions calciques ont une grande importance, soit dans la coagulation du sang, soit sur l'activité cellulaire elle-même; lorsqu'ils diminuent brusquement, il y a excitation nerveuse; lorsqu'ils se concentrent, il y a des phénomènes de dépression et de paralysie; l'auteur a étudié leur influence sur le cortex à l'aide des sels suivants : citrate trisodique, métaphosphate de soude, fluorure de sodium, oxalate de soude, savons, tous réactifs qui diminuent les ions calciques et qui augmentent l'excitabilité du cortex, et ont une action épileptogène lorsqu'on les applique directement en solution sur le cortex cérébral. Voici la technique résumée : on découvre la zone motrice chez un chien, on détermine le plus léger mouvement possible de la patte antérieure opposée avec le chariot de Du Bois-Reymond, mis en mouvement par une pile de Grenet, et terminé par un excitateur à pointes de platine. Ensuite, on interpose un petit morceau de coton hydrophile de 10 millimètres de diamètre, gorgé de la solution en expérience qui est isotonique du sang du chien. On change le coton toutes les trois minutes; au bout de dix minutes, on produit une excitation électrique qui détermine une crise vulgaire d'épilepsie jacksonienne. La théorie de ces phénomènes est encore obscure. L'auteur a évité, avec raison, l'emploi des subtances toxiques par elles-mêmes, qui pourraient troubler l'expérience par leurs propriétés. Les injections de sels de sodium dans la moelle épinière provoquent des accidents analogues à ceux de la strychnine. Peut-être a-t-on, dans cette étude des variations des ions, de quoi expliquer certains états pathologiques, et Sabbatani s'est demandé si la vivacité et l'intelligence n'étaient pas proportionnelles à la quantité de calcium du sang. Quoi qu'il en soit, des expériences de Roncorini, semble résulter une indication de l'emploi des sels de sodium dans le traitement de l'épilepsie (Audennio et Bonnelli).

XXVII. — *L.-N. Tolstoï*; par le Dr Mariani (numéro de juillet). — Si on lit le livre intitulé : *Ma confession*, on

©BIUM



demeure convaincu que, à deux reprises différentes, l'éminent écrivain russe fut atteint de psychasthénie avec folie du doute. Ces épisodes psychiques furent provoqués par le spectacle d'une exécution capitale, et celui de l'agonie de son frère à laquelle l'écrivain assista. Des citations bien choisies semblent légitimer l'opinion de Mariani. Quinze ans plus tard, des fatigues causées par des travaux excessifs firent retomber Tolstoï dans un état « d'abattement, de perplexité, d'arrêt de la vie »; il posait des questions « enfantines » avec obstination et n'éprouvait qu'indifférence pour la satisfaction de ses désirs accomplis.

XXVIII. — *Cas d'ophthalmoplégie asthénique*; par le Dr Forni (numéro de juillet). — Un tailleur de vingt-huit ans, qui avait souffert de troubles gastro-intestinaux, fut atteint, en octobre 1902, d'une diplopie disparaissant le matin, avec parésie de la paupière supérieure gauche qui s'atténuait dans la journée. Le mouvement des deux muscles droits supérieurs était impossible. Strabisme externe de l'œil droit. Rien d'autre à signaler. Plus tard, la ptose de la paupière devint bilatérale (facies de Hutchinson), et la parésie gagna le muscle droit externe du côté droit; alors le malade présentait le « rire nasal de Gowers ». Etat général bon, réflexes normaux. Quelquefois, le risorius de Santorini et les zygomatiques étaient aussi parésiés; la lésion ne peut être un trouble organique de la troisième paire, mais une simple ophthalmoplégie asthénique, peut-être d'origine stomacale. L'opothérapie surrénale a échoué; au contraire, la maladie envahit les muscles masticateurs. C'est une véritable myasthénie cardiaque.

XXIX. — *Sortilèges d'autrefois et sortilèges d'aujourd'hui. A propos d'un procès récent*; par le Dr Castellani (numéro de juillet). — Le sortilège était puni, d'après le Code justinien (IX, 18), et plus encore au moyen âge, surtout lorsqu'il était qualifié ou hérétique : il était alors puni de mort; dans les cas les plus simples, on le punissait des galères, de la fustigation; on faisait promener le coupable avec une mître peinte, mais les sortilèges amoureux bénéficiaient d'une indulgence extrême. De nos jours, les sortilèges relèvent surtout de l'escroquerie; cependant, en voici un cas curieux : une jeune fille, d'esprit faible, âgée de vingt ans, possédant quelque fortune, était en procès avec son père, ce qui retardait son mariage. Elle fit la connaissance d'une femme de trente ans, sans instruction, mais intelligente, qui lui persuada de se livrer à des sortilèges; toute la collection ordinaire des amulettes y passa. Elle extor-

©BIUM



qua quelque argent à la victime, malgré cela le fiancé rêvé épousa une autre jeune fille. La clameur publique engagea l'autorité à faire une enquête : elle sembla établir que la sorcière croyait elle-même à la magie puisque, plusieurs années auparavant, pour ramener un amoureux, elle s'était livrée, pour son propre usage, à des sorcelleries; ce qui prouve que la tendance au merveilleux n'a pas disparu, surtout chez la femme. La qualification d'escroquerie n'était pas applicable ici, car la prévenue n'a tiré qu'un bénéfice assez faible de ces pratiques, auxquelles elle-même ajoutait foi, et qu'elle ne semble avoir niées que par la crainte du « qu'en dira-t-on » ; d'ailleurs, la victime elle-même avait refusé de porter plainte. Autrefois, on croyait trop volontiers aux sorciers, aujourd'hui aux filous.

XXX. — *Maison hantée*; par le Dr Imoda (numéro de juillet). — Descriptions des phénomènes bien connus qui se produisent en pareil cas : le sujet de l'observation est ici un garçonnet de huit ans, qui habitait avec ses parents et son frère une modeste chambre rue Masséna, à Turin. La question de supercherie, étudiée par la police municipale, par Lombroso, par Imoda, semble devoir être écartée. L'auteur conclut : 1° l'organisme humain, sous certaines conditions encore inconnues, est capable de déterminer à distance un travail; 2° cette énergie est extrinsèque et agit sous l'empire d'une volonté qui la dirige; 3° la volonté directrice n'est pas une volonté consciente de l'organisme duquel émane l'énergie. Cet état est-il en relation avec le somnambulisme?

XXXI. — *Thomas Hobbes*; par le Dr Bersano (numéro de juillet). — Thomas Hobbes naquit avant terme au moment de l'invincible Armada de Philippe II. Sa mère avait été tellement impressionnée par la guerre qu'elle en inculqua l'horreur à son fils dès le bas âge, terreur qu'il conserva toute sa vie et qui forma l'une des bases de sa philosophie. En 1640, étant exilé en France à la suite des guerres civiles, il publia son petit traité dans lequel il développa ce principe de Bacon : *Homo homini lupus*. Hobbes était aussi un humaniste distingué; il traduisit la *Médée* d'Euripide, l'*Iliade* et l'*Odyssée* avec un discours introductif sur les vertus du poème héroïque et plus tard Thucydide. Convaincu de l'inaptitude de la démocratie à gouverner, il fut le théoricien du pouvoir despotique : *status civium inter se naturalis id est hostilis*; donc il faut un despote pour assurer l'ordre de la cité. Il mourut très

©BIUM



âgé après avoir, dit-on, aimé les femmes et le vin. D'après Pierre Bayle il aurait présenté des phobies.

XXXII. — *Sur les altérations des fibres nerveuses spinales et des ganglions intervertébraux dans quelques formes de psychoses chroniques*; par le Dr Burzio (numéro de juillet). — L'auteur a étudié à ce point de vue l'épilepsie avec ou sans idiotie, l'imbécillité, la démence précoce, la folie sénile, la mélancolie, les démences consécutives aux psychonévroses. Autopsies le plus tôt possible après la mort. Méthode de Nissl à la thionine après fixation au sublimé pour l'étude des cellules ganglionnaires, et méthodes de Weigert et de Marchi modifiées par Vassale, de la nigrosine et du carmin aluné pour les fibres nerveuses. Pour le tissu interstitiel, il a employé la méthode de Foa (fixation au liquide de Zencker et coloration à l'hématoxyline chloralée avec quelques gouttes d'une solution d'éosine à 1 p. 100). — Dans les psychoses chroniques : dégénérescences de certains faisceaux spéciaux, celui de Goll, le pyramidal croisé; ou encore dégénérescences combinées des cordons postérieurs et des cordons latéraux. Parfois diminution de la colorabilité, atrophie et dégénérescence pigmentaire ganglionnaire avec infiltration de tissu conjonctif interstitiel (cellules rondes et éléments conjonctifs jeunes). Souvent il y avait en même temps sclérose du rein et de l'aorte. Ces lésions seraient primitives ou atrophiques, car elles ont les caractères particuliers décrits par Vassale : disposition symétrique des altérations, localisation de ces lésions, tendance à envahir les tissus voisins, résultat toujours négatif de la méthode Marchi-Vassale, résultat incomplet de celle de Weigert. Il y a d'ailleurs analogie entre ces lésions et celles qu'on a décrites dans la pellagre et le myxœdème : ce qui confirme l'idée d'une origine toxique de ces lésions, hypothèse qui va bien avec les lésions rencontrées dans le foie, le rein et l'aorte.

XXXIII. — *Sur le vertige galvanique, note préliminaire*; par le Dr Tedeschi (numéro de juillet). — L'auteur a étudié la pression artérielle et le pouls pendant le vertige galvanique chez l'homme sain et chez le malade. Chez l'homme sain, le vertige subjectif n'est pas toujours contemporain de l'inclinaison de la tête; mais il n'est pas rare que la sensation de chute et la chute elle-même aient lieu du même côté. Le mouvement réel ne peut être toujours empêché par un mouvement contraire compensatoire. Dans l'hydrocéphalie, pas de vertige : il est facilité par la ponction lombaire (Babinski). Le vertige

©BIUM



manque chez les ataxiques. Dans les cardiopathies, la pression artérielle est beaucoup plus augmentée que chez l'homme sain. Dans les affections unilatérales de l'oreille, il y a inclinaison de la tête du côté malade : donc c'est un élément de diagnostic de ces affections.

XXXIV. — *Pathogenèse du goitre exophtalmique* ; par le Dr Tedeschi (numéro de juillet). — Expérimentalement l'auteur a lésé chez le chien les corps restiformes dans leur portion antérieure au voisinage du tubercule acoustique, il a obtenu des symptômes basedowiens. Pour rechercher s'il existe entre le syndrome de Graves et le corps thyroïde un rapport quelconque, il injecta dans la thyroïde d'un chien ainsi préparé de la solution d'acide picrique, il administra ensuite de la glande fraîche de veau et observa la disparition des phénomènes spéciaux ; l'extirpation de la glande agit de même. — L'auteur chercha en outre à résoudre la question suivante : la lésion des corps restiformes provoque-t-elle un véritable processus morbide ou simplement des phénomènes transitoires ? Les échanges sont modifiés de la même façon chez l'homme malade que chez le chien en expérience. Si l'on pratique dans ce cas une thyroïdectomie partielle sur l'animal en expérience, il y a diminution de la diurèse, de l'azoturie et de l'acide phosphorique en excès. Donc on peut affirmer que la substance sécrétée par la glande thyroïde produit une excitation de la région bulbaire.

XXXV. — *Comment se modifient les réactions pupillaires de l'atropine à la suite d'un usage prolongé de la substance* ; par le Dr Stefani (numéro de juillet). — La réaction qui est plus rapide dans le jeune âge devient au bout d'un certain temps plus lente et plus courte. On peut donc conclure : 1° les conditions produites par l'empoisonnement se développent et restent localisées dans les éléments pour lesquels il existe une affinité spéciale et qui ont subi une action suffisamment prolongée de la substance toxique ; 2° l'empoisonnement semble lié à une plus rapide circulation de la substance dans l'intimité des éléments ; 3° l'empoisonnement ne modifie pas la nature de la réaction, mais seulement l'intensité. Au bout de quelque temps cette action diminue, puis reste fixe à partir de ce moment.

XXXVI. — *Supériorité intellectuelle et fonction génésique* ; par le Dr Giuffreda Ruggeri (numéro de juillet). — Gaston Richard affirme que l'homme doit sa supériorité uniquement à ce qu'il est moins sacrifié à la perpétuité de l'espèce : il admet aussi que c'est parmi les femmes vouées au célibat que se ren-

©BIUM



contrent les spécimens les plus élevés de l'intelligence de leur sexe et que « l'égalité se maintient là où la culture des deux sexes est la même et que l'élévation de l'intelligence est incompatible avec une nubilité précoce ». Ruggeri combat avec raison ces aphorismes de Richard et nous partageons entièrement l'opinion du critique italien.

XXXVII. — *Sur la fossette occipitale médiane*; par le Dr Paravicini (numéro de juillet). — Sur 296 crânes d'aliénés l'auteur a rencontré 11 fois cette anomalie, soit 3,5 p. 100, chiffre voisin de celui de Bianchi; cette fossette est asymétrique sauf dans deux cas; dans l'un deux il y avait deux pertuis aboutissant à une même ouverture et distants l'un de l'autre de 4 millimètres.

XXXVIII. — *Tempérament fou héréditaire*; par le Dr Pellegrini (numéro de juillet). — Un barbier de vingt-huit ans, condamné pour vol qualifié, devient à la suite de son emprisonnement bizarre et violent, il fait une scène de scandale dans un couvent, il menace des religieux, qui lui refusent du pain. Arrêté le lendemain par les carabiniers, il résiste, fait du scandale et tient des propos extravagants; on l'isole dans une cellule à la prison, puis on l'évacue sur le manicome de Girofalo d'où il cherche à s'évader. L'auteur conclut que c'est un héréditaire qui a toujours été bizarre et qui a présenté des phénomènes d'aliénation mentale confirmée, mais qui maintenant est de nouveau calme après une période de huit jours d'agitation; il propose au tribunal de laisser au médecin traitant et à la police le soin de le mettre en liberté dès que cela sera possible.

XXXIX. — *Fou moral simulant la démence et l'aphasie*; par le Dr Bertini (numéro de juillet). — Emile N..., vingt ans; a déjà été condamné bien des fois, actuellement il est prévenu de filouterie : il paraît aliéné; depuis six mois il ne dort plus, observe un mutisme complet, il a de la coprophagie, des convulsions épileptiformes, des mouvements impulsifs, il a un tic de la face, un léger strabisme; il se masturbe en public, lèche son sperme, collectionne toutes sortes d'objets sans valeur. On pense à une démence primitive. Mais l'expression du regard n'est pas celle du dément, l'impassibilité paraît volontaire, la physionnomie changeait quand il ne se croyait pas observé; il accomplissait des actes nécessitant plus d'intelligence qu'il n'affectait d'en avoir et qu'il interrompait dès qu'il apercevait le médecin; il s'évada après avoir fait preuve de beaucoup de ruses et avait dit à un de ses camarades qu'il s'évaderait dès

©BIUM



qu'il aurait de l'argent. Ce cas est favorable à la théorie de ceux qui admettent que pour simuler il faut être un taré : ce sont des dégénérés qui emploient les moyens violents des sauvages, ils sont en retard sur l'évolution de notre société.

XL. — *Le lobule auriculaire au point de vue anthropologique*; par le Dr Gualino (numéro de septembre). — Considéré depuis Morel par la plupart des auteurs comme étant des stigmates dégénératifs, les anomalies du pavillon de l'oreille présentent un grand intérêt au point de vue anthropologique. Le lobule de l'oreille est normalement le cinquième inférieur du pavillon; il est formé par une plicature de la peau sans interposition de la lame cartilagineuse qui existe dans le reste du pavillon; il apparaît chez le fœtus vers le cinquième mois, atteint son développement complet vers l'âge de six ans et présente une longueur moyenne de 8 à 30 millimètres, une largeur moyenne de 10 à 12 millimètres; il peut être libre, adhérent simple ou adhérent prolongé lorsqu'il se confond avec la peau de la joue; il est indistinct lorsque l'angle que fait le bord postérieur avec l'hélix est nul. L'adhérence du lobule est souvent héréditaire, surtout dans le sexe masculin : contrairement à une opinion ancienne, le lobule existe chez certains singes; il est hypertrophique chez les Botocudos des îles Marquises où il descend jusqu'à l'épaule, il manque chez d'autres peuples. Chez les anciens Egyptiens il était très développé, peut-être sous l'influence de lourds pendants d'oreille qu'on y attachait. Le lobule adhérent souple n'est point pour Gualino un stigmate de dégénérescence, il le prouve par des chiffres, mais le lobule adhérent prolongé et le lobule indistinct sont fréquents chez les criminels et les fous — particulièrement chez les criminels sanguinaires et chez les crétins.

XLI. — *Origines de Ninco Nanco*; par le Dr Bianchi (numéro de septembre). — Le père du célèbre bandit Dominique Summa était un bon ouvrier, mais un ivrogne et un libertin. Sa famille était déplorable : un de ses grands-pères avait été condamné bien des fois pour vols et pour coups et blessures; un de ses oncles était un assassin, sa tante une prostituée de bas étage; toute la famille sauf peut-être quatre ou cinq parents éloignés avait eu maille à partir avec la justice et presque tous pour avoir répandu le sang. Toutes ses sœurs sauf une moururent sans postérité, ce qui montre bien la dégénérescence profonde de la race. La mère de Ninco Nanco était épileptique. C'est un nouvel exemple, dit l'auteur, de l'influence de

©BIUM



l'épilepsie sur le crime. Notre bandit était un criminel-né, sorte de bête de proie peu intelligente, très lâche, qui n'était capable d'aucune ruse compliquée et qui ne s'attaquait qu'à ceux qu'il était sûr de vaincre ou qu'il gagnait par de fausses promesses. Sa physionomie horrible présentait une foule de stigmates dégénératifs; c'était de plus un ivrogne, un vaniteux, il se faisait appeler le colonel Joseph-Nicolas Summa et portait des décorations. C'était d'ailleurs le type du bandit classique s'attaquant à tout, violant et volant, incapable d'une bonne action. Lorsqu'on l'arrêta il se laissa prendre sans résistance. Que nous voilà loin des Fra Diavolo d'opéra-comique!

XLII. — *Le champ de la vision distincte des formes dans quelques maladies nerveuses et mentales*; par le Dr Roncorini (numéro de septembre). — Jusqu'à présent peu d'auteurs se sont occupés de l'étude de l'étendue de la partie excentrique de la rétine qui est susceptible de distinguer les formes; cependant on savait déjà que la notion de forme diminue à la périphérie de la rétine plus vite que celle de couleur. Beaucoup croient que la vision distincte des formes serait limitée à la *macula lutea*. Selon Landolt, à partir de la *fovea centralis*, l'acuité visuelle diminue rapidement, et à partir de 40 degrés du centre elle manque complètement. Roncorini a employé le campimètre de Landolt dont il a seulement modifié le dispositif des cartons colorés; il a fait ses examens dans les meilleures conditions d'éclairage possible en tenant compte de la fatigue et de la tromperie possible du sujet. L'image indirecte n'est visible que pendant très peu de temps; on dispose l'instrument pour que l'image indirecte se fasse vers 30 degrés, moins encore si le champ visuel est rétréci; il faut tenir compte également du punctum cœcum et corriger les anomalies de la réfraction; on ne fait l'examen que dans les secteurs : horizontal externe, obliques internes supérieur et inférieur. Les aliénés ne se prêtent que très difficilement à cette manœuvre; on ne put bien étudier que les sujets normaux : infirmiers, étudiants, — les épileptiques et phrénasthéniques de la consultation, quelques paranoïaques, deux fous périodiques à la période de calme, trois délinquants aliénés, un alcoolique non aliéné. Voici les conclusions auxquelles arrive l'auteur : le rétrécissement du champ visuel pour la vision distincte des hauteurs n'est pas pathognomonique d'une forme morbide et ne coïncide pas avec le rétrécissement du champ visuel des différentes couleurs.

XLIII. — *Névrose traumatique ou névrose terrifique*; par

©BIUM



le Dr Majano (numéro de septembre). — L'auteur rapporte trois observations de névroses dites traumatiques et qu'il appelle, lui, terrifiques, en faisant remarquer que ce n'est pas la violence du trauma qui détermine la névrose, mais la terreur causée par la catastrophe, en particulier dans les accidents de chemin de fer. Le premier de ces cas est celui d'un jeune carabinier de vingt-deux ans, victime d'un accident de chemin de fer pendant la convalescence d'un accès palustre; il y a rechute; au début l'auteur signale de l'hypocondrie, des phobies, de la cyanose du visage et des extrémités, de la fièvre, de la fréquence du pouls, de la dépression physique, de la dermographie, des troubles de la réflectivité et de la mémoire qui présentent des alternatives de rechute et d'amélioration. C'est un cas dans lequel, suivant le précepte de Blum, on doit éviter de porter une conclusion ferme et ne se prononcer qu'après que le sujet aura fait un certain temps de service. — Le second cas est celui d'un sujet de quarante-neuf ans qui a présenté des phénomènes très nets de névrose traumatique neurasthénique et hystérique et aussi une épididymite et une déférentite traumatiques; il y a en plus chez ce sujet des troubles éthyliques et peut-être une cirrhose hypertrophique au début. — Le troisième sujet est une femme de cinquante ans, renversée par un cycliste en tenant un enfant par la main droite; elle eut le poignet gauche fracturé et présente des signes d'hystérie, quelques stigmates dégénératifs et même un véritable délire : elle a un animal dans le corps, elle est dominée par le diable (psychonévrose à type hypocondriaque). Ces trois malades ont présenté de l'asthénopie. Le pronostic dépend en partie, mais non complètement, de l'issue du procès engagé qui contribue à déprimer le sujet, mais il faut aussi tenir compte de l'artério-sclérose, de l'alcoolisme, des tares dégénératives, des maladies préexistantes ; les formes franchement aiguës guérissent plus facilement que les formes chroniques. L'importance considérable des phénomènes vaso-moteurs est très grande (Spetta Schuster). C'est en somme une fixation plus ou moins durable de la peur sur l'organisme (Charcot-Mosso). Tout le monde ne réagit pas de la même façon à une peur identique. L'avenir et la puissance d'un peuple, a dit Mosso, n'est ni dans son commerce, ni dans sa science, mais dans les viscères de ses habitants, dans le cœur des mères, dans l'habitude des jeunes gens d'être poltrons ou courageux.

XLIV.— *Quelques données expérimentales sur l'influence de l'excitation sexuelle sur l'effort musculaire*; par le Dr N. Vas-

©BIUM



chide et Cl. Vurpas (numéro de septembre). — Il y aurait diminution de force au dynamomètre pendant l'excitation génésique avec défaut d'adaptation musculaire, la fatigue vient plus vite, les mouvements sont saccadés : la vie sexuelle consiste en une avalanche d'images motrices d'une nature particulière, essentiellement émotive : il y aurait une première phase de déclanchement purement musculaire, puis une seconde s'accompagnant de rêverie et de distraction mentale.

XLV.— *Phénomènes médianiques chez Eusapia Paladino*; par le Dr Faifofer (numéro de septembre). — Les Allemands accusent les Italiens de plaisanter dans les questions de cette nature; c'est pourquoi l'auteur a pris son observation avec le plus grand soin et en se mettant à l'abri du « truc », toujours possible en pareille matière : il ne répond pas de n'avoir pas été victime d'une supercherie. Quoi qu'il en soit, Eusapia Paladino a fait une foule d'exercices de tables parlantes, de lévitation de la table, avec un talent tel que s'il y a hallucination, la chatte de l'auteur y a été prise comme son maître. Les phénomènes se sont produits, quoique l'on eût exigé que le médium fût enfermé dans une « cage de tulle ». L'esprit de « John » fait même varier les poids sur une bascule de Quintenz. M. le professeur Ch. Richet assiste à cette dernière expérience. Des domestiques furent frappés sans sentir de main. A la suite de la séance, Eusapia eut un vomissement. Il ne sembla pas qu'il pût y avoir de fraude : mais il ne faut jurer de rien.

XLVI.— *Sur la toxicité du maïs envahi par le Penicillium glaucum*; par les Drs Antonini et Ferrati (numéro de septembre). — Les spores de *Penicillium glaucum* recueillies sur un filtre de coton et injectées après lavages à l'eau froide, furent injectés dans le péritoine d'un lapin sans aucun accident toxique. Cultivé sur de la polenta stérilisée, on injecta des extraits de cette culture traitée par l'alcool, puis par le chlorure ferrique, la mort des animaux fut plus rapide au printemps qu'à l'automne. Les animaux (taupes) eurent une phase d'excitation avec convulsions partielles ou générales, contractures des muscles du dos, puis paralysie des membres en extension et enfin collapsus. Pour tuer un rat il faut des doses relativement énormes : les accidents sont de même nature. Une chèvre, malgré une injection de 10 p. 100, résista et put être injectée de nouveau. Les souris alimentées avec du maïs pénicillaire moururent sans accidents épileptiformes. La réaction des phénols que présente l'extrait étudié est proportionnelle à la

puissance toxique de ce liquide : il semblerait donc que ce soit une toxine et non le champignon, qui explique la pellagre.

Suit une longue discussion dans laquelle l'auteur cherche à montrer que c'est *Penicillium glaucum* qui est la cause de la pellagre et non *Penicillium fumigatus* ou *flavescens*, comme le veulent d'autres mycologues.

XLVII. — *Un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin*; par le Dr Carrara (numéro de septembre).— Jeune personne de dix-sept ans, petite et dégénérée, avec une voix virile et des seins peu développés, présente une sorte de pénis de 3,5 millimètres de long ; sur la face antéro-postérieure de cet organe est un cordon dur, imperforé et au premier abord on pense à une hypospadias ; mais au-dessous de la prétendue verge, entre les grandes lèvres, on trouve l'orifice d'un canal par où s'écoule l'urine, et immédiatement au-dessous un second orifice où on peut distinguer une membrane hymen, enfin le rectum.

Des douleurs mensuelles rappellent les règles, mais sont très légères, le coït est absolument impossible. Au point de vue mental c'est presque une imbécile, mais elle s'occupe de politique, lit régulièrement « *La Tribuna* », et quoique pieuse et exacte aux offices, son directeur n'a pu obtenir qu'elle abandonnât son journal favori : elle est plus « brave » que ses sœurs, elle sait qu'elle ne se mariera jamais, elle est leur « juge de paix » dans leur petites querelles. C'est un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin avec probablement une hypoplasie des ovaires.

XLVIII. — *Le signe de Babinski*; par le Dr Andennio (numéro de septembre). — Après avoir étudié le signe de Babinski chez des sujets atteints de lésions plus ou moins graves du système nerveux, l'auteur a recherché le même signe chez des bersagliers très vigoureux et parfaitement sains, il a trouvé que les nombres étaient peu différents dans la deuxième catégorie que dans la première et avec W. Harris il conteste la valeur de ce réflexe.

XLIX. — *Diagnostic préventif de la criminalité*; par le Dr de Blasio (numéro de septembre). — Une femme épouse un vieux richard, elle a un enfant avec le voisin, le vieux fait constater l'adultère par la police, mais il n'y eut pas de suite parce que la femme prouva que le barbon lui disait qu' « à une femme qui ne fait pas d'enfant on ne doit ni grâce ni conseil ». Une fillette naquit avec deux appendices aux joues, elle fut opérée par le professeur d'Ambrosio.

©BIUM



Elle avait le regard dur, plus tard elle se montra pleine d'ardeur, astucieuse, agile, vaniteuse et voleuse. A sept ans, elle voulut initier ses compagnes aux plaisirs sexuels : elle fut défiorée à quinze ans, devint plus tard vestale dans un lupanar « pour avoir ses aises », mourut jeune de syphilis cérébrale, elle avait été condamnée pour vol de bijoux à cinq mois de prison. — Autre cas : un ancien officier de l'armée bourbonienne, viveur et ivrogne, épouse en seconde noces une jeune fille de dix-sept ans et en eut un enfant. Dès l'âge de deux mois cet enfant avait un regard étrange, les yeux enfoncés, les sourcils débordants, les oreilles sessiles avec tubercules de Darwin ; commence à « chiper » dès l'âge de trois ans, à à six ans elle donne des coups de couteau à une de ses camarades d'école, on est plus tard obligé de l'enfermer dans une maison de correction. Ceci montre pour de Blasio que dès le bas âge on peut faire le diagnostic de la criminalité : car la science ne trompe pas.

L. — *Causes probables de la basse stature en Italie* ; par le Dr Giuffreda Ruggeri (numéro de septembre), — La taille s'abaisse dans les régions montagneuses de l'Italie (Lombroso, Livi), parce que d'après ce dernier auteur, les conditions de la vie seraient plus défectueuses pour les habitants des montagnes que pour ceux des plaines, ce qui le prouve, c'est que les étudiants sont plus grands que les paysans des mêmes régions ; mais il y a une « endogénèse locale » qui a une action très grande dans l'abaissement de la taille : les unions des mêmes familles entre elles indéfiniment renouvelées, ce qui est surtout fréquent dans les îles et dans les montagnes, ont une influence défavorables. Burkler a constaté en Birmanie que ceux qui prenaient une femme hors de leur village avaient une descendance plus florissante que ceux qui se mariaient chez eux. Cette particularité semble frappante, surtout en Sardaigne où aujourd'hui la population est petite, faible et clairsemée, tandis que les Sardes de l'antiquité fournissaient de mercenaires l'Égypte et Carthage, et que la lutte des Sardes contre les Romains coûta à l'île 150.000 hommes tués ou réduits en esclavage. L'introduction d'immigrants forestiers a heureusement apporté récemment un élément ethnique favorable.

LI. — *Cas pratiques de médecine légale* ; par le Dr Frigerio (numéro de septembre). — *a*) Le curé de V... est accusé d'avoir tué une femme, les preuves accumulées contre lui sont convaincantes : il avoue, mais prétend que cette femme le

persécutait depuis longtemps, l'avait réduit à la misère, etc., et qu'à la suite d'une discussion, fou de colère, il l'avait frappé à l'occiput avec un marteau qui se trouvait là par hasard, il avait cherché à se débarrasser du cadavre et avait nettoyé son logis. Le lendemain, c'est pendant qu'il disait tranquillement sa messe que les carabiniers l'arrêtèrent. L'enquête qu'ils firent dans la commune amena une seconde version, par laquelle le curé aurait simplement voulu supprimer un témoin gênant, qui avait surpris ses relations avec une de ses paroissiennes. Le curé appartient d'ailleurs à une famille de délinquants : ses parents auraient tué une de ses grands'mères, un de ses frères a été condamné à six mois de prison pour homicide : un oncle s'est suicidé, une tante est folle. Ce prêtre est entré sans vocation dans les ordres, il aimait la bonne table, le bon vin et courait le guilledou, il était même onaniste et pédéraste : il présente de nombreux stigmates de dégénérescence et en particulier, des appendices lémuriens. Considéré comme responsable sans atténuation, il a été condamné au maximum. — *b*) Un jeune capucin de dix-sept ans, frappe d'un coup de couteau un frère de son couvent à la suite d'un délire de persécution assez bien systématisé. Il descend d'une famille de tarés, un oncle est atteint de paranoia, une de ses belles-sœurs a des attaques de nerfs ; la mère est nerveuse. Quant à lui, il dormait mal la nuit et était misogyne. C'est un débile avec une parésie faciale gauche, il présente une lésion mitrale. Il est gai au manicome où on le transfère pour le mieux observer, il se plaint que les frères offensaient sa pudeur par leurs propos obscènes. Déclaré atteint d'hébéphrénie, il est absous. — *c*) Le curé de F... tua en plein midi sur la place du Marché, à coups de faucille, une femme qui passait pour se livrer à des prophéties et à la divination. Cet attentat commis, le curé, son bréviaire sous le bras, se rend à l'église, fier d'avoir débarrassé le pays d'une femme qui le persécutait et le poursuivait de ses injures. Déclaré irresponsable, il fut interné comme paranoïaque. Mort à l'asile, son autopsie révéla une hypertrophie du vermis et la présence d'une fossette occipitale médiane.

LII. — *Imbécile epileptique* ; par le Dr Pelligrini (numéro de septembre). — C'est l'histoire assez banale d'un imbécile épileptique et vagabond à facies simiesque, et présentant des illusions et des hallucinations qui s'excitait quand on lui refusait l'aumône qu'il sollicitait. Il frappa avec une grosse pierre un agent de police. Comme tous les italiens, Pelligrini considère

©BIUM



beaucoup de caractères dégénératifs comme des anomalies réversives, mais ce qui est plus nouveau, c'est sa façon d'expliquer la genèse de l'épilepsie. Elle serait due à une malformation du crâne comprimant irrégulièrement les différentes parties du cortex.

L. WAHL.

## Annali di Nevrologia.

ANNÉE 1903.

I. — *Les signes physiques de dégénérescence* ; par MM. N. Vaschide et Cl. Vurpas (en français) (Fasc. 1). — Le dégénéré, disent les auteurs, est un être différent de la généralité des autres êtres, un sujet anormal, en un mot, et, partant de cette définition, un peu floue, ils passent en revue les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence. Les quatorze premiers paragraphes sont consacrés à l'étude des stigmates physiques résumés en un tableau dans le quinzième. Pas de distinction entre les malformations héréditaires et les malformations résultant de maladies de la période intra-utérine, les unes et les autres n'étant que « la traduction de la toxiinfection permanente qui résulte des conditions biologiques qui traduisent et manifestent ce que l'on désigne sous le nom d'hérédité lourde » ; intérêt et difficulté de l'étude des malformations viscérales; intérêt qu'il y a à élucider les rapports entre les stigmates physiques et les stigmates psychiques et leurs influences réciproques; telles sont les principales réflexions que leur inspire cette étude terminée par une bibliographie fort complète.

II. — *Étude sur la polynévrite tuberculeuse* ; par le prof. Rosolino Colella (Fasc. 2). — Sous ce titre, les *Annales* publient un travail étendu de plus de 200 pages accompagné de deux photographies et de six belles planches en couleur dont cinq consacrées aux lésions microscopiques des centres, des nerfs et des muscles. Ces planches sont annexées au fascicule 3-4. Le mémoire s'appuie sur trois observations très concluantes accompagnées d'un examen microscopique du système nerveux des plus complets. L'auteur admet qu'il existe trois modes d'attaque de l'agent pathogène qui peut porter son action : 1° sur la cellule ganglionnaire et son prolongement cylindraxile, et donner alors le tableau de la poliomyélite antérieure

©BIUM



aiguë; 2° sur la cellule et le nerf périphérique, mais d'une façon moins intense; 3° sur le nerf seul, et il s'agit alors véritablement de névrite périphérique, dont le tableau symptomatique variera avec l'étendue et le siège des lésions, et dont le pronostic est plus bénin.

III. — *Nature et signification des lésions histologiques dans les cicatrices rabiques chez l'homme;* par D. Pace, professeur libre de pathologie interne, préparateur à l'Institut antirabique de Naples (Fasc. 3-4). — Quelle est la portée du phénomène du réveil de la cicatrice d'inoculation dans la rage et jusqu'à quel point peut-on avoir confiance dans le traitement local (cautérisation)? telles sont les deux questions que l'auteur aurait voulu résoudre s'il avait eu plus d'observations et d'examens histologiques à sa disposition, mais qu'il a dû se borner à aborder, n'ayant pu réunir que deux faits. Il résulte de ses constatations qu'une cautérisation faite deux heures après la morsure n'empêche pas la mort et que, au niveau des cicatrices non cautérisées, il s'effectue un travail de reviviscence au moment où la maladie se déclare. Le fait relevé par les anciens auteurs et les médecins vétérinaires est donc bien exact. Le symptôme s'explique par un travail inflammatoire : accumulation lymphoïde autour des capillaires des papilles du chorion; infiltration parvicellulaire de plusieurs faisceaux nerveux; infiltration hémorragique non seulement dans le tissu de la cicatrice mais dans le tissu sain limitrophe; dans les nerfs, il y a des altérations évidentes de la gaine de Schwann et des proliférations nucléaires. Quant à la valeur de la cautérisation, celle-ci n'est utile que si elle est faite dans la demi-heure qui a suivi la morsure.

IV. — *A propos de l'éreutophobie*; par le prof. A. de Luzenberger (Fasc. 3 et 4). — Les centres réflexes de l'action vaso-motrice sont situés dans les ganglions du sympathique, mais cette action subit l'influence des centres corticaux somesthésiques, et il s'établit un engrenage tel que toute pensée est accompagnée d'une émotion, et toute émotion d'une pensée. La dilatation vaso-paralytique de la face est, dans l'échelle zoologique et dans la première enfance, pour l'espèce humaine, un exposant de la commotion colérique et la rougeur est d'autant plus marquée que la colère est plus violente; plus tard, les freins sociaux limitant les manifestations de la colère, la rougeur pourra se produire par colère contenue. La pudeur est liée à la rougeur à cause des habitudes données l'enfant de

©BIUM



cacher certaines parties du corps ou d'accomplir certains actes en secret, et les faits sexuels de l'enfance ont une grande influence prédisposante sur le développement de l'éreutophobie. Telles sont les remarques inspirées à l'auteur par l'étude d'un cas d'éreutophobie dans lequel la rougeur se montrait dans deux états : pendant que la malade parlait, et elle était alors rapide et fugitive, ou quand elle se préoccupait de la possibilité de rougir, et alors il y avait rougeur intense et de longue durée. On trouvera dans ce travail une bonne bibliographie de la question.

IV. — *Gliome bilatéral du noyau lenticulaire et myotonie*; par les Drs C. Ferrarini et G. Paoli (Fasc. 3 et 4). — Chez un homme de vingt et un ans, à antécédents héréditaires neuro-psychopathiques graves, apparurent, cinq ans après un traumatisme cranien, des troubles de la motilité consistant d'abord en retard des mouvements volontaires et plus tard en crampes, au début d'un mouvement. Il y eut finalement incapacité fonctionnelle et mélancolie suicide. La mort survint à l'asile où le malade avait été interné. A l'autopsie on trouva dans les deux noyaux lenticulaires, près du genou de la capsule interne, une tumeur de 8 à 11 millimètres de diamètre dont l'examen histologique montra la nature gliomateuse. Pas de dégénérescence descendante dans les voies motrices. Les nerfs sont sains. Deux figures montrent la place et la forme de la tumeur. L'auteur se demande s'il y a relation entre la tumeur et la myotonie et, d'une minutieuse étude de la littérature, il conclut à un rapport de cause à effet, étant donné que l'irritation de la sphère motrice figure presque constamment dans le tableau clinique des lésions du corps lenticulaire.

V. — *L'origine affective des délires paranoïques dans la littérature allemande*; par le Dr A. Grimaldi (Fasc. 3 et 4). — Exposé des idées de Moëli et de Specht, avec un résumé d'une conférence du professeur de psychiatrie d'Erlangen, dont l'auteur déclare partager la manière de voir touchant l'origine affective du délire paranoïque.

VI. — *Sur le temps de réaction aux excitations électro-cutanées d'intensité progressivement croissante*; par le Dr V. Capriati (Fasc. 5 et 6). — Les recherches ont été faites au moyen d'excitations électriques d'intensités graduées sur six sujets. Les résultats obtenus dans deux cas confirment l'opinion de Wundt que le temps de réaction diminue d'abord à mesure que l'intensité de l'excitation augmente, atteint un minimum,

©BIUM



puis finalement augmente ; deux autres cas corroborent l'opinion d'Exner : le temps de réaction diminue toujours en raison directe de l'intensité de l'excitation ; les deux derniers cas ont montré que ce temps atteint un minimum et reste stationnaire quelle que soit l'intensité de l'excitation. Ce dernier fait n'a pas encore été signalé.

VII. — *Contribution clinique et critique à l'étude de la catatonie* ; par les Drs E. Patini et G. Madia (Fasc. 5 et 6). — Très important et très intéressant travail avec revue complète de la question et dix observations inédites. Les auteurs se sont surtout attachés à étudier l'intéressant phénomène des poses cataleptoïdes qui caractérise pour eux les états catatoniques. Ils en font un phénomène dû à la suggestibilité partielle de la sphère cénesthésico-motrice. Pour eux la catatonie de Kahlbaum n'est pas une entité clinique ou anatomo-pathologique. Les symptômes n'ont rien de pathognomonique et ne sont que les indices d'états psychiques avec rétrécissement de la conscience et suppression plus ou moins étendue des fonctions cérébrales. Par catatonisme, il faut entendre un état psycho-somatique dans lequel le fait culminant est la flexibilité cireuse des muscles. Cet état apparaît épisodiquement au cours de diverses conditions morbides et est en relation étroite avec la stupeur, si bien qu'on peut dire qu'il n'y a pas de catatonisme sans stupeur. Au point de vue symptomatologique le catatonisme a des points de contact avec la catalepsie provoquée, et, au point de vue pathogénique, avec l'automatisme somnambulique. La flexibilité musculaire est un phénomène essentiellement psychique.

TH. TATY.

---

## JOURNAUX ANGLAIS

### The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1904.

1. — *Les effets moraux et mentaux de la guerre sud-africaine* (1899-1902) *sur le peuple britannique* ; par R. S. Stewart, (numéro de janvier). — La guerre sud-africaine a produit dans le caractère national anglais un changement à la fois profond et passager ; dans la période de détresse du début avec l'émotion pénible se manifesta une poussée d'esprit de sacrifice ; puis avec

©BIUM



le retour vers la victoire vinrent la joie générale et une moindre disposition à l'abnégation. Une des caractéristiques de cet état est fournie par la statistique des crimes qui, dans les jours sombres de décembre 1899, diminuèrent de 17,8 p. 100 par rapport à l'année précédente et dont la courbe remonta l'année d'après ; ceci est vrai de l'Angleterre et de l'Irlande, mais non de l'Écosse.

Il est intéressant d'examiner le détail de ces faits en considérant séparément les crimes contre la propriété et les crimes passionnels (homicides, sexuels, suicides). Le début de la guerre coïncida en Angleterre et en Irlande, mais non en Ecosse, avec une conception nettement plus élevée du tien et du mien. De même les homicides diminuèrent sensiblement à la fin de 1899 et cela dans l'ensemble du royaume, pour augmenter en 1900 ; les infanticides eux-mêmes s'abaissèrent de 37,7 p. 100. Les crimes sexuels diminuèrent en Angleterre et en Irlande, augmentant au pays de Galles et en Ecosse. Les suicides diminuèrent partout et cette diminution persista en 1900 en Ecosse et en Irlande.

Les infractions légères ou non qualifiées, l'ivrognerie suivirent une courbe analogue. La folie elle aussi subit un arrêt au début de la guerre, une rapide ascension avec la fin des hostilités.

L'Angleterre vit diminuer les mariages à la fin de 1899, les conceptions elles-mêmes furent comme suspendues, sauf cependant les illégitimes.

Voilà donc une modification évidente du caractère national, surtout en Angleterre et en Irlande, dans toutes les classes sociales et pour les deux sexes ; le début des hostilités a augmenté l'empire de la nation sur elle-même ; il y eut accroissement manifeste du sentiment de respect de soi-même, de la vie et de la propriété d'autrui. On ne doit pas attribuer ce résultat au départ des soldats ; la seule explication possible est le sentiment du danger que courait l'empire britannique, puisque cette amélioration a progressivement cessé et a même été suivie de réaction à la conclusion de la paix.

II. — *Du rapport des symptômes mentaux aux maladies somatiques et spécialement de leur traitement au dehors des asiles d'aliénés* ; par Nathan Raw (numéro de janvier). — Une lacune encore grave de l'organisation du traitement de la folie en Angleterre est le défaut d'endroits où traiter les délirants aigus au cours de maladies somatiques. Seule l'infirmerie

©BIUM



du workhouse peut les recevoir ; mais au bout de quatorze jours elle doit les envoyer à l'asile d'où ils sortent avec la tare trop réelle du certificat d'aliéné. Avec un autre système les guérisons pourraient être plus nombreuses.

En effet, les cas de maladies somatiques avec délire ont été très fréquemment observés par l'auteur : dans la tuberculose pulmonaire la *spes phthisica* est rare, mais la dépression, des hallucinations nocturnes, des idées de persécution sont assez communes ; dans les maladies du cœur ce sont des idées d'empoisonnement avec hallucinations du goût et excitation ; ces troubles paraissent en rapport avec des douleurs viscérales réflexes (théorie de Head) : l'auteur donne encore les résultats de ses observations sur les troubles mentaux dans les affections du rein, spécialement la maladie de Bright, l'urémie, l'éclampsie, la goutte, le goitre exophtalmique, le myxœdème, le diabète, la chorée, les fièvres infectieuses aiguës (typhoïde, pneumonie, rhumatisme), des intoxications diverses, enfin les troubles des organes génitaux.

Une maison de traitement pour ces affections serait donc utile aux malades, à leurs familles et aussi à l'enseignement.

III. — *Imbécillité mongolienne* ; par C. H. Fenneil (numéro de janvier). — Les descriptions d'idiotie mongolienne sont loin d'être concordantes ; aussi l'auteur veut-il en extraire une de 21 cas bien typiques choisis par les 2.000 observations faites aux Darenth Schools : L'imbécillité mongolienne est un arrêt de développement physique et mental antérieur à la naissance ; ces enfants ont de la brachycéphalie, une tendance des tissus aux inflammations légères chroniques et des traits mentaux spéciaux. La langue présente des fissures transverses ou irrégulières constantes, caractère qui semble destiné à différencier l'idiotie mongolienne des autres idioties. Les autres stigmates ou symptômes, très nombreux, ont une valeur inégale. L'état mental est défectueux : le mongolien est un enfant qui promet et ne tient pas.

IV. — *Courte histoire de l'hôpital Saint-Luc* ; par William Rawes (numéro de janvier). — Cette monographie courte, mais détaillée, de l'hôpital Saint-Luc pour les aliénés à Londres, fondé en 1651, offre comme intérêt pour notre pays qu'il a été fondé, entretenu et géré exclusivement par l'initiative privée ; ce qui n'a pas été incompatible avec une heureuse évolution vers une conception toujours meilleure de l'hospitalisation et du traitement de ses malades.

©BIUM



V. — *Causerie sur Gheel*; par Conolly Norman (numéro de janvier). — L'auteur, irlandais, n'en est pas à sa première visite de Gheel. Aussi est-ce avec compétence qu'il en énumère les avantages et qu'il réfute les objections faites à qui parle d'étendre le système familial; au contraire il souhaite le voir appliquer en Irlande.

VI. — *Les rapports des salaires à la folie et au crime dans les Galles du sud*; par R. S. Stewart (numéro de janvier). — Dans le comité houiller de Glamorgan les salaires varient pour les travailleurs des mines selon une échelle mobile en rapport avec les prix de vente; il y a eu depuis vingt-huit ans de nombreuses fluctuations. Or le nombre d'admissions dans les asiles d'aliénés suit une courbe semblable à celle de l'élévation des salaires. D'autre part, en même temps que les salaires montent, le rendement de travail par homme diminue. L'ivrognerie et le crime suivent aussi d'analogues variations. Comment accorder ces faits avec l'opinion qu'il y a à la folie deux grands facteurs, la misère et l'hérédité ? il y a moins d'hérédité dans le Glamorgan qu'ailleurs; d'un autre côté, l'auteur distingue, de l'état chronique de misère favorable à la folie, la détresse passagère qui, elle, augmente l'empire de soi-même. Et il ne craint pas de se contenter de ces données pour déclarer l'influence des hauts salaires, mauvaise en ce qu'elle augmente les moyens de dépense, pendant qu'en diminuant le travail, elle en multiplie les occasions : l'élévation du bien-être n'a eu aucune bonne influence sur l'état physique, mental ou moral de ce peuple; ce serait plutôt le contraire.

VII. — *Les prodromes des psychoses et leur signification*; par T. S. Clouston (numéro d'avril). — Les psychoses ont souvent pour prodromes des phénomènes sensoriels et moteurs qui n'ont rien de mental. C'est une conséquence de la solidarité cérébrale dont on doit tenir compte autant que des faits de localisation et qu'on observe si bien par exemple dans l'excitation maniaque. Ce sont d'abord les troubles sensoriels de toute espèce, mais atteignant surtout la sensibilité générale, tels que maux de tête ou sensations spéciales variables d'aspect, cessant souvent avec la maladie pour reparaître dans la convalescence; on les voit particulièrement dans la mélancolie. Quelle en est la cause? La toxémie n'est qu'une cause médiate, les troubles vasomoteurs une explication insuffisante; il s'agit chez des sujets nerveux ou instables, c'est-à-dire incapables de résister aux perturbations externes ou internes, d'un trouble dans le

©BIUM



fonctionnement normal (anabolisme et catabolisme) de la cellule corticale.

Parmi les prodromes sont aussi des troubles moteurs variés, entre autres des changements dans la physionomie, de la neurasthénie, de l'insomnie qu'aucune théorie n'explique bien, des attaques hystériques, des modifications de la crase sanguine et des troubles circulatoires, des troubles intestinaux qui, d'après l'école toxique avec Ford Robertson, jouent un grand rôle étiologique dans plusieurs maladies mentales, dont les démences paralytique et sénile; enfin des troubles menstruels. On voit aussi des troubles mentaux légers être plutôt des signes de début que des prodromes des psychoses. En résumé, une attaque de folie n'est pas un phénomène isolé d'une partie du cerveau, on doit considérer et traiter les psychoses comme des maladies générales.

VIII. — *La psychologie de Jane Cakebread*; par Robert Jones (numéro d'avril). — Jane Cakebread était une buveuse à accès périodiques, très célèbre dans Londres, où elle collectionna jusqu'à 280 condamnations avant d'entrer dans un asile avec de l'affaiblissement intellectuel et des idées de grandeur. C'est surtout de sa psychologie à cette époque tardive qu'est fait l'article; cette femme, par le spectacle qu'elle donna, fut pour beaucoup dans le vote de l'*Inebriates Act* de 1898.

IX. — *Les Obsessions*; par James Shaw (numéro d'avril). — Cette étude débute par le récit d'un certain nombre de cas d'obsessions intéressants, entre autres celui-ci, où à la suite d'une intoxication par une quantité modérée de salicylate de soude, un diabétique fut obsédé par le chant d'Annie Laurie; c'est une sorte d'obsession hallucinatoire.

Malgré la difficulté du classement on peut, en suivant la définition de Magnan, pratiquement diviser les obsessions en mots, pensées, images obsédants; les pensées sont susceptibles d'être subdivisées selon qu'il s'agit d'une phrase exprimée, d'une pensée obscène ou déplaisante qui n'est pas nécessairement formulée ou selon que la pensée est liée à une émotion (obsession émotive ou phobie). En clinique une obsession peut appartenir à la fois à plusieurs de ces classes.

Le diagnostic de l'obsession peut être délicat. Les obsessions verbales peuvent être prises pour les pseudo-hallucinations de Baillarger, et il est difficile d'admettre que les obsessions naissent exclusivement dans les centres d'association et les hallucinations dans les centres psychosensoriels. Le diagnostic est

©BIUM



aussi à faire avec les symptômes voisins de l'obsession : impulsions, hallucinations psychiques ou psychomotrices et illusions auxquelles l'esprit ajoute foi. Il y a parenté entre l'obsession qui ne naît que sous l'influence d'une cause précise, telle que l'agoraphobie, et certaines impulsions de même origine (impulsion à se précipiter d'une fenêtre ouverte) ; dans l'obsession, il y a crainte d'accomplir l'acte, dans l'impulsion crainte de ne pas l'accomplir. L'impulsion peut être ou n'être pas accompagnée de la phase obsédante, et c'est lorsqu'elle est quasi réflexe que la responsabilité est atténuée au maximum.

Entre l'obsession et l'hallucination psychomotrice verbale qui ont une localisation différente le diagnostic peut être difficile, l'obsession peut devenir assez intense pour qu'il y ait sensation de pensée chuchotée comme dans l'hallucination psychique, mais le malade ne doute pas de son caractère subjectif. Entre l'idée fixe ou l'illusion et l'obsession telle que la nosophobie il n'y a souvent que cette différence dans ce dernier cas que le malade peut être raisonné au moins temporairement.

Dans l'étiologie apparaissent des facteurs très divers : hérédité, élément sexuel, épuisement, élément toxique, éréthisme vasomoteur ou nerveux.

X. — *L'usage des cartes de garantie dans les asiles* ; par J. Marnan (numéro d'avril). — Ces cartes, en usage dans les asiles anglais, servent à signaler spécialement à l'attention des infirmiers les malades suicides et quelquefois les homicides. Leur emploi, qui a l'avantage de permettre un groupement et une attention plus marquée à la fois de la part des médecins et des gens de service, a divers inconvénients : on rassemble des cas qui s'accordent mal d'un même traitement ; ces malades en arrivent à être traités avec une routine spéciale et on a trop de tendance à prolonger une surveillance particulière, ce qui est contraire au traitement moral du malade ; il est donc important de reviser souvent la liste des cartes de garantie.

XI. — *Sur l'usage expérimental des antisérums dans la folie aiguë* ; par Lewis C. Bruce (numéro d'avril). — Dans cette note qui rappelle un précédent article de la même revue l'auteur signale de nouveaux essais de sérums thérapeutiques divers dont l'effet fut plusieurs fois favorable dans des cas aigus, mais sans rien de spécifique ; il signale une action hypnotique de ces sérums pris en potion.

XII. — *Le trypanosome de la maladie du sommeil* ; par Robert Jones (numéro d'avril). — Description de l'agent de la

©BIUM



maladie du sommeil et des caractéristiques de son existence d'après les documents des missions scientifiques de l'Ouganda.

XIII. — *Notes sur la folie des adolescents dans le Dorset*; par George A. Rorie (numéro d'avril). — Dans ce comté agricole les cas d'aliénation internés de 15 à 25 ans comprennent des imbéciles et des idiots, et de nombreuses psychoses qui se divisent en trois groupes : la forme simple et curable de manie et de mélancolie; la forme à rechute et la démence rapide; cette dernière qui fournit presque la moitié du nombre total est surtout faite de cas d'hébéphrénie; le début réel est souvent antérieur à l'admission qui a lieu à la suite de violences, vagabondage, prostitution, tentatives de suicide, etc.; on y constate une fréquence remarquable de la tuberculose. Ces cas sont fréquemment familiaux. Quant à la pathogénie l'auteur en fait une affection du développement.

XIV. — *Les rapports de l'hystérie et de la folie*; par F. W. Edridge Green (numéro d'avril). — Il n'y a pas de limite nette entre la folie et l'hystérie; il est vrai que l'auteur élargit beaucoup les cadres de cette dernière et c'est ainsi que dans cette courte note il relie la neurasthénie et la mélancolie, l'hystérie émotionnelle et la manie, l'hystérie avec simulation de maladie et l'état d'hypnose, enfin les accès hystériques et épileptiques.

XV. — *Description d'une annexe à l'hôpital de Cheadle*; par J. Suteliffe (numéro d'avril). — Cette annexe a la particularité d'être disposée pour recevoir des aliénés d'un ou des deux sexes et dans n'importe quel état de maladie.

XVI. — *Misère*; par Chas. Mercier (numéro d'avril). — Dans un article paru dans un numéro précédent sur le rapport des salaires, du crime et de la folie, Stewart discutait la théorie de Mercier sur la pathogénie de la folie par les deux facteurs hérédité et « misère ». Or l'auteur de la théorie se plaint ici qu'on ait détourné le terme qu'il a employé de son véritable sens. Et cette querelle de mots complique ici la difficulté de l'analyse. *Stress*, en mécanique, veut dire force. La théorie de Mercier est qu'il y a deux facteurs : le terrain, hérédité, et la cause occasionnelle, force, et en fait force malheureuse, misère, si l'on donne à ce terme une signification très extensive. Or Stewart a donné au terme misère un sens restreint et c'est pourquoi il s'étonne qu'il y ait d'autant plus de folie qu'il y a des salaires plus élevés. Mercier rétablit les faits : avec de hauts salaires intervient l'alcoolisme qui est incontes-

©BIUM



tablement une des misères de notre temps ; donc sa théorie ne saurait être infirmée de ce chef.

XVII. — *Examen quantitatif et qualitatif des leucocytes dans diverses formes de maladie mentale* ; par Lewis C. Bruce et A. S. M. Peebles (numéro de juillet). — D'une longue série d'examens du sang maintes fois répétés chez chaque malade, ce qui est la seule manière d'apporter des résultats certains, les auteurs tirent les enseignements suivants : La mélancolie aiguë, type clinique qu'ils ont décrit (*Mental Science*, oct. 1900), ne présente pas de leucocytose anormale ; lorsque la leucocytose est au-dessous de 10.000, le pronostic est favorable. Dans la mélancolie avec agitation, il y a de bonne heure une haute leucocytose avec un pourcentage de polynucléaires dépassant 70. S'il y a rechute, après une baisse jusqu'à 10 et 13.000, les leucocytes remontent parfois jusqu'à 20 et 30.000 et la proportion de polynucléaires suit une courbe parallèle. Si la guérison survient, la leucocytose reste élevée, mais les polynucléaires descendent au-dessous de 60 p. 100. Il y a deux variétés de mélancolie délirante : la « mélancolie aiguë » avec idées délirantes où la formule leucocytaire est celle de la mélancolie agitée, et la mélancolie simple avec idées délirantes où la leucocytose est faible.

Dans les états d'excitation, la « manie aiguë continuelle » (Cf. *Mental science*, avril et juillet 1903) la leucocytose est celle de la mélancolie agitée. Dans les maladies qui ont cette formule, la guérison s'accompagne d'une leucocytose persistante, tandis que le passage à l'état chronique est marqué par une diminution des leucocytes et de la proportion de polynucléaires, et si ces états chroniques guérissent, c'est avec une élévation de la leucocytose et de la polynucléose. Dans la folie circulaire, les états dépressifs élèvent les leucocytes et la proportion de polynucléaires ; la rémission laisse persister la leucocytose, mais les polynucléaires diminuent ; avec l'agitation, tout s'abaisse. Dans la manie récurrente, il y a courbe parallèle de l'agitation, de la leucocytose et de la polynucléose. Le facteur alcool ne différencie par les agitations maniaques dont il est cause des autres ; les persécutés alcooliques n'ont pas de leucocytose.

L'hébéphrénie a une leucocytose variable ; la catatonie a fait l'objet d'un article (*Mental science*, octobre 1903) : il y a seulement à remarquer que lorsque la guérison se produit, des éosinophiles apparaissent transitoirement. Les délires systéma-

OBIUM



tisés (delusional insanity, paranoïa) n'ont pas de leucocytose.

La paralysie générale a une leucocytose variable, selon la marche de chaque cas (Cf. British Med. Jour., 29 juin 1901). Au début des cas classiques, haute leucocytose, grande proportion de polynucléaires ; plus ces symptômes sont accentués, plus grande est la rémission ; dans une rémission durable, la leucocytose redevient normale, mais avec peu de polynucléaires, de 40 à 50 p. 100.

L'épilepsie s'accompagne d'une hyperleucocytose qui augmente encore avec les accès.

En somme, sauf une espèce de mélancolie et la *delusional insanity*, toutes les maladies aiguës montrent une hyperleucocytose dont la persistance, soit après guérison, soit dans le passage à l'état chronique, est intéressante et nous montre notre ignorance de l'étiologie des maladies mentales. En terminant, les auteurs décrivent les caractères de diverses cellules leucocytaires qu'ils ont observées.

XVIII. — *Note statistique sur les causes sociales de l'alcoolisme* ; par W. C. Sullivan (numéro de juillet). — Il y a deux façons de boire : la boisson de luxe, celle qu'on prend en compagnie, et la boisson de misère que le travailleur absorbe pour se donner du courage, la boisson de l'industrie. La première, qui peut conduire à l'ivrognerie, n'est pas un facteur d'alcoolisme ; la seconde, où l'ivresse est plus rare, conduit à l'intoxication. La statistique montre que l'alcoolisme chronique implique l'habitude de l'ivrognerie sans que la réciproque soit vraie. Les districts miniers anglais, dont les travailleurs sont prospères, où l'ivresse est fréquente, ont peu d'alcooliques. Le danger social est dans l'intoxication, et par conséquent, dans l'ivrognerie industrielle. L'influence de l'éducation, de la religion et autres forces semblables peuvent arrêter l'ivresse de luxe ; l'autre ne sera amendée que par une augmentation du bien-être, et un peu par des mesures administratives.

XIX. — *Traumatisme et paralysie générale* ; par James Middlemass (numéro de juillet). — La paralysie générale traumatique, si elle existe, est un problème très sérieux avec les accidents du travail au point de vue de la médecine légale civile. L'auteur cite un cas où une indemnité ayant été réclamée, il conclut au rejet, l'accident ayant été petit, sans symptômes cérébraux immédiats, et la paralysie générale s'étant montrée avec des symptômes avancés à son examen une semaine plus tard.

©BIUM



La discussion qui suivit à la réunion de la Division du Nord et du Centre aboutit à constater que souvent l'accident est la conséquence de la maladie et non sa cause, et que tout au plus il pourrait provoquer l'apparition de symptômes latents.

XX. — *Paralysie générale et crime* ; par J. Baker (numéro de juillet). — Le médecin-adjoint de l'asile criminel de Broadmoor publie les observations des paralytiques généraux internés à la suite de crimes depuis l'ouverture de cet établissement, au total soixante-deux cas. Presque tous ces malades ont été reconnus aliénés sans avoir été condamnés.

Les crimes contre les personnes (meurtres, tentatives de meurtres, violences sexuelles) comprennent trois tentatives de meurtre pendant la période prodromique, qui avait pris la forme d'un délire de persécution assez systématisé (craintes d'empoisonnement ou idées de jalousie conjugale); trois meurtres commis dans des paralysies débutant par une mélancolie délirante avec hallucinations de l'ouïe et suivies de démence rapide ; trois meurtres, trois tentatives dans des cas où un début mélancolique fut suivi d'agitation ; enfin, un meurtre dans une affection ayant évolué pareillement, fut commis à la seconde période de la démence. Il faut noter que, dans les six cas, ces paralytiques mélancoliques tuèrent leur propre enfant, mais qu'aucun d'eux n'eut d'idée de suicide. Deux autres meurtres furent commis en période d'excitation et le meurtre d'un fils par son père, dans la dépression simple qui suivit le début d'un tabes terminé par la démence paralytique. Enfin, un autre crime fut le meurtre d'un aliéné par un de ses compagnons d'asile. Dans tous ces cas, il faut tenir le meurtre pour un symptôme de la période d'état ou un prodrome, mais inhérent à la maladie.

Trois hommes déjà condamnés pour violences sexuelles devinrent paralytiques en prison ; tous trois étaient alcooliques ; l'un d'eux eut un délire avec hallucinations psychomotrices et dédoublement de la personnalité.

Enfin, pour les crimes contre la propriété (incendie, vol, etc.), dont les auteurs ont été à Broadmoor, il faut remarquer que ce sont d'ordinaire des habitués de prison devenus accidentellement paralytiques généraux. Les paralytiques qui commettent de menus vols par suite de leur maladie et par une sorte de retour à la conception enfantine de la propriété, sont dans les asiles ordinaires.

XXI. — *Quelques remarques sur l'enregistrement des* nurses

©BIUM



*et le projet de loi sur l'enregistrement des* nurses *au point de vue des* nurses *d'asiles* (numéro de juillet). — L'opinion est largement en faveur de la réforme qui tend à faire de la profession de *nurse* une profession fermée ; mais dans le projet, et pour le Conseil général d'éducation et d'enregistrement des nurses du Royaume-Uni qu'il se propose de créer, on ne tient pas assez compte de l'importance des membres de la profession exerçant dans les asiles d'aliénés.

XXII. — *Le soin des aliénés sans amis à la sortie des asiles et la procédure écossaise des sorties d'essai* ; par J. Carlyle Johnton (numéro de juillet). — Exposé du système des sorties d'essai en Ecosse ; nous ne pouvons analyser en détail cet article qui en fait l'éloge, pour le bien des malades et des fonds publics.

XXIII. — *De la nécessité de l'assistance familiale pour les aliénés en Irlande* ; par Conolly Norman (numéro de juillet). — La question de l'assistance familiale en Irlande est toute d'actualité, car dans ce pays si pauvre, à la suite de la modification des conditions d'administration (*Irish local Government Act*, 1898), les corps locaux ont décidé de ne point bâtir de nouveaux bâtiments coûteux et, dans ces conditions, il s'impose de décharger les asiles en faveur de colonies familiales. L'éloge de ce mode d'assistance le plus conforme de tous aux conditions de la nature n'est plus à faire. En Irlande, il n'y a que trois difficultés et aucune n'est insurmontable : l'une est la force d'inertie officielle, l'autre le fait que les nouveaux corps de gouvernement sont encore inexpérimentés et la troisième réside dans la difficulté de trouver en ce pays misérable des maisons de familles convenables ; il conviendra sans doute de commencer par confier les colons à d'anciens gardiens d'asile. On devra, pour le bon fonctionnement du système, ne s'adresser qu'à des malades bien connus déjà des médecins, il faudra pouvoir les réintégrer s'il y a besoin ; ils devront être inspectés à domicile et venir à intervalles réguliers se présenter à l'asile. Il suffira, au point de vue légal, de modifier la réglementation des congés d'essai.

XXIV. — *Nécessité de soigner les faibles d'esprit dans la première et la seconde enfance* ; par Henry Rayner (numéro de juillet). — Les enfants d'esprit débile ont besoin de soins spéciaux destinés à prévoir les nombreux accidents qui peuvent les atteindre et aussi à les remettre en bonne voie et à les éduquer. Pour ce but il faut tout un système afin de rechercher

©BIUM



ces enfants dont souvent les parents méconnaissent l'état; l'auteur signale la création d'un corps d'infirmières allant à domicile visiter les pauvres et qui pourrait rendre de réels services à ce point de vue; elles les signaleraient et un médecin spécialiste pourrait les diriger; un service central pourrait même les recevoir temporairement si besoin était; il suffirait d'un petit nombre de *nurses* spécialisées pour les visites à domicile. Avec ce système on préparerait très efficacement les services que pourront rendre à un âge supérieur les écoles d'enfants arriérés.

XXV. — *Adresse présidentielle* sur la Paranoia, *à la 63e assemblée annuelle de l'Association Médico-psychologique*, Londres juillet 1904, par R. Percy Smith (numéro d'octobre). — Ce discours est une revue critique sur la paranoia, sa situation comme entité clinique, sa place dans la classification des troubles mentaux et sur le problème du trouble primitif de l'intelligence en face des troubles des sentiments.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le résumé qu'il fait successivement de l'opinion de ses compatriotes longtemps hésitants avant d'admettre le terme de paranoia, de celle des Allemands que représentent Cramer et son résumé analytique, Krafft Ebing, Ziehen et Kraepelin, des Français avec le traité de Gilbert Ballet et Arnaud, des Anglais les plus récents, Conolly Norman, Jones, Mercier, Sully Ward insistent sur la part de troubles affectifs qui accompagnent le début des troubles intellectuels dans les délires systématisés.

Résumant son opinion, l'auteur insiste sur le chaos des conceptions groupées autour du terme de paranoia, sur l'ébranlement actuel de la notion du désordre intellectuel primaire franc de troubles du sentiment, notion contraire à la clinique, et il conclue ainsi :

Le terme de paranoia peut être utile s'il est réservé aux délires chroniques organisés et systématisés, qu'il y ait idée de grandeur ou de persécution et quel qu'en soient l'agencement réciproque et l'étiologie; il serait erroné d'exclure du terme paranoia l'idée de troubles primaires du sentiment. S'il y a des cas aigus avec délire systématisé guérissant, il ne s'agit d'habitude que d'une rémission. Souvent la paranoia débute par un stade mélancolique ou maniaque ou même de confusion et l'idée de désordre intellectuel primitif est un cauchemar à écarter. Sauf exception tout état de confusion est absolument étranger à la paranoia. Le « délire fixe » (fixed delusion) de Mercier est le terme à employer pour désigner les délires durables secondaires

©BIUM



à des états aigus et sans systématisation. Quant à la démence terminale, dire qu'il n'y en a pas dans la paranoïa est vouloir trop prouver; Kraepelin n'a pas résolu la question en rejetant ces cas hors la paranoïa pour en faire la démence paranoïde. La démence précoce qui sera la maladie universelle sera bientôt un sujet discutable.

XXVI. — *La psychologie de l'hallucination*; par W. H. B. Stoddart (numéro d'octobre). — On saisit bien la parenté et la dissemblance de la perception, de l'idéation, de l'illusion et de l'hallucination en considérant leur manière d'être par rapport au centre cortical.

Dans la perception, il y a excitation périphérique, sans aucune association transcorticale ni phénomène de dissociation périphérique. Dans l'idéation, l'excitation centrale vient par des fibres d'association; il n'y aucune dissociation périphérique. Dans l'illusion, le centre est excité à la fois par la périphérie et par les fibres d'association et la tendance de l'esprit à l'unité superpose la perception et l'idée; l'élément périphérique qui n'a rien à voir avec l'idéation est nécessaire à l'illusion. Dans l'hallucination il y a ensemble une association transcorticale et une dissociation périphérique, élément négatif essentiel qui supprime la perception dans le champ pris par l'hallucination.

XXVII. — *Études histologiques sur la localisation des fonctions cérébrales*; par Alfred W. Campbell (numéro d'octobre). — L'étude histologique de cerveaux normaux et pathologiques (sclérose latérale amyotrophique, amputation, perte de sens spéciaux) ainsi que l'anatomie comparée permettent les conclusions suivantes sur la localisation des centres élevés, ceux des lobes frontaux et pariétaux :

La zone motrice est aussi facile à caractériser par l'histologie que par la physiologie, grâce aux cellules géantes de Betz. On peut distinguer trois échelons moteurs : la corne antérieure de la moelle, les cellules géantes de la circonvolution précentrale (Fa), pour les mouvements simples, automatiques, et un centre de mouvements plus complexes situé dans le lobe frontal. La zone motrice de Sherrington et Grünbaum sert aux mouvements simples; les autres plus hautement différenciés ont leur centre dans une zone connexe *précentrale intermédiaire* qui comprend le centre de Broca, le centre graphique et autres mouvements délicats. Le reste du lobe frontal se divise en zone *frontale*, distincte par ses cellules et ses fibres de la *préfrontale*; celle-ci, très pauvre comme structure, inexcitable électrique-

©BIUM



ment, muette en clinique quand elle est lésée, ne possède pas une grande importance fonctionnelle ; c'est un terrain d'avenir pour l'évolution.

Dans le lobe pariétal les mêmes observations histologiques conduisent d'abord à dénier à la pariétale ascendante la fonction motrice qui s'arrête au sillon de Rolando. Cette circonvolution est une terminaison pour la sensibilité générale ; l'étude de la myélinisation, des dégénérescences secondaires, et de plusieurs cas de tabes conduisent à cette conclusion ; c'est la zone post centrale. La partie voisine du lobe pariétal est celle de la localisation des éléments élevés de la sensibilité générale (sens stéréognostique, sens musculaire) ; la zone sensible se divise donc en deux sections comme la zone motrice, la zone *post centrale* et la zone *post centrale intermédiaire*. De plus, entre ces zones de la sensibilité et celles de la vision, il y a un large champ non spécialisé destiné aux futures évolutions.

Ainsi on peut dire que le développement de l'intelligence va de pair non seulement avec celui du lobe frontal, mais aussi avec celui du lobe pariétal ; et il est curieux de remarquer que chez l'homme les parties du cerveau les plus aptes à souffrir d'arrêts de développement, sont celles qui semblent le plus récemment différenciées par la phylogenèse.

Cette étude est illustrée de schémas qui précisent la démonstration.

XXVIII. — *Le traitement éducatif des jeunes épileptiques* ; par G. E. Shuttleworth (numéro d'octobre). — Une loi a été votée en 1899 pour l'Angleterre et le pays de Galles afin de mieux pourvoir à l'éducation élémentaire des enfants débiles et épileptiques. Bien qu'elle ne fût pas sans défauts, elle permit la mise au point de cette grave question. L'auteur désigné pour faire le recensement et l'examen de ces enfants au nom du London School Board put constater que 17 p. 100 d'entre eux pouvaient entrer dans des écoles ordinaires, 25,7 p. 100 devaient entrer dans des classes spéciales pour enfants débiles, 40 p. 100 réclamaient la création d'établissements spéciaux et 15,5 p. 100 ne pouvaient bénéficier que de soins appropriés, mais non d'éducation. Cette constatation a déjà eu pour effet de faire donner aux deux premières classes une éducation que leurs parents n'avaient pas songé à leur procurer. Il existe d'autre part divers établissements privés réservés en tout ou partie aux jeunes épileptiques ; l'auteur donne sur eux quelques renseignements. Mais sur 3.000 enfants qui devraient être ainsi élevés

©BIUM



on n'en atteint pas 200. Et cependant les épileptiques ne doivent pas être abandonnés pour ce seul fait qu'ils sont épileptiques, comme on le croit trop souvent. Des occupations et une éducation appropriées améliorent leur état; le plein air leur est salutaire, le travail manuel aussi et bien des sports leur sont accessibles.

Pour l'instruction on doit cependant tenir compte que le jeune épileptique est très inégal d'un jour à l'autre; les maîtres doivent avoir des aptitudes spéciales; d'ailleurs l'éducation doit être médico-pédagogique et pour chacun des cas le médecin et le maître doivent agir de concert pour déterminer la part du travail en classe, du repos, du travail manuel et de l'exercice physique.

XXIX. — *Les tables statistiques*; par Charles A. Mercier (numéro d'octobre). — L'auteur fait une critique détaillée des tables IV et VI du Comité de statistique et propose les modifications qu'il juge nécessaires pour la classification et l'étiologie des maladies mentales.

VICTOR PARANT fils.

---

## JOURNAUX AMÉRICAINS

### American Journal of insanity.

ANNÉE 1903.

I. — *Les dermatoses chez les aliénés*; par le Dr James Mac Farlane Winfield (numéro de janvier). — L'auteur a examiné 1.184 aliénés : chez seulement 146 il a trouvé des dermatoses bien caractérisées, et il conclut en disant qu'il n'y a que peu de corrélation entre ces dermatoses et la folie. Chemin faisant, il cite le cas d'une mélancolique ayant eu deux accès de stupeur, chez qui, pendant ces accès, le système pileux prit un développement rapide, pour revenir à l'état normal après guérison des accès.

II. — *Contribution à l'étude du sang dans la folie maniaque dépressive*; par le Dr Jessie Weston Fisher (numéro d'avril). — Les conclusions de cet article sont les suivantes :

Il n'y a pas de changement pathognomonique du sang dans les phases maniaques de la folie maniaque dépressive.

©BIUM



L'anémie n'est pas la cause de cet état morbide et ne s'y rencontre pas toujours.

L'hémoglobine et les corpuscules rouges y sont souvent, sinon toujours, en augmentation dans les accès d'excitation.

La leucocytose accompagne presque toujours l'activité psychomotrice et en est peut-être le résultat.

L'augmentation de poids du corps concorde avec l'amélioration mentale.

III. — *Le délire hallucinatoire de l'alcoolisme aigu*; par le Dr Charles S. Walker (numéro d'avril). — Récit fait par un malade de ce qu'il éprouvait au milieu de son délire. Ce qui y domine, ce sont des chants, parfois très mélodieux; ils revenaient à chaque instant. Puis des voix à paroles parfois précises, proférant des menaces ou donnant des ordres. Le malade voyait près de lui des gens qui lui parlaient; quelquefois c'étaient des animaux, par exemple un gros chien noir au poil hérissé, mais rien de monstrueux. En somme, tout passait comme dans un rêve et il en fut ainsi pendant toute la durée de l'accès.

IV. — *La folie puerpérale*; par le Dr Robert Jones (numéro d'avril). — Ceci est un exposé très substantiel des observations de l'auteur. Sur environ 3.500 femmes dont il a eu à s'occuper pendant huit années, il a rencontré 259 cas de folie puerpérale, comprenant sous cette indication la folie de la grossesse, de la parturition et de l'allaitement. C'est donc une proportion d'environ 7 p. 100. Pendant la grossesse, ce sont des formes dépressives de folie qui prédominent; il en est de même au temps de l'allaitement. C'est l'agitation maniaque au contraire qui prédomine au temps de l'accouchement. Dans les états mélancoliques on rencontre l'anxiété, des hallucinations de tous les sens, de la confusion mentale. Les tendances au suicide et à l'infanticide sont communes au temps de l'allaitement. La folie de la grossesse et de l'accouchement se montrerait surtout entre vingt-cinq et vingt-neuf ans, tandis que la folie de l'allaitement viendrait plutôt entre trente et trente-quatre ans. L'hérédité se rencontre environ dans la moitié des cas. Le pronostic de toutes les formes de folie puerpérale est en général bon et la guérison assez rapide, sauf pour celle qui vient au temps de l'allaitement. Comme traitement il faut aux malades surtout du calme, de l'isolement, des bains chauds, une nourriture abondante et de digestion facile. On doit veiller à leur donner le sommeil qui leur manque presque toujours, et pour

©BIUM



cela c'est le chloral associé au bromure qui vaut le mieux; on doit aussi veiller au bon état de leurs voies digestives.

V. — *Le soin des aliénés*; par le Dr Charles G. Wagner (numéro d'avril). — Ce soin se résumerait à mettre les aliénés dans un milieu plaisant et salubre, à les entourer de bons serviteurs, de médecins toujours occupés d'eux, à leur conditionner un bon régime alimentaire, à leurs procurer des distractions ou des occupations appropriées à leur état. Tout cela est indiscutable. Mais à lire l'article du Dr Wagner on pourrait croire que tout cela se fait aisément, sans difficulté, et que du moment que l'on a supprimé à leur égard toute contrainte, de quelque nature que ce soit, les aliénés sont devenus les plus faciles et les plus heureux des malades. Où donc cela se voit-il?

VI. — *La vie sous la tente pour les aliénés*; par le Dr O. J. Wilsey (numéro d'avril). — Relation sommaire du cas d'un aliéné atteint de mélancolie avec confusion mentale, qui, après un commencement d'amélioration, était retombé et qui guérit après qu'on l'eut mis à vivre sous la tente au lieu de le maintenir dans le milieu ordinaire de l'asile. Après sa guérison, cet aliéné raconte les impressions tristes et pénibles que lui faisait son séjour dans les salles de l'asile et le bien-être qu'il éprouva en se voyant mis sous la tente. Sans contester les avantages de la vie au grand air, qui sont indéniables, on peut se demander si les grands avantages que cet aliéné en éprouva ne tenaient pas précisément à ce qu'il entrait en convalescence, alors que dans la période aiguë de sa maladie ils lui auraient été inutiles.

VII. — *De l'exercice régulier et systématique au grand air pour les déments*; par le Dr Chester L. Carlisle (numéro d'avril). — On s'ingénie un peu partout à occuper le temps des déments tranquilles. Au lieu de leur faire faire, en groupes plus ou moins nombreux, des promenades sans but qu'ils suivent machinalement, sans intérêt, on s'est mis à les intéresser à des jeux et à des exercices au grand air, jeux de balle, gymnastique des mouvements; tout cela est régulièrement organisé et proportionné aux aptitudes et aux dispositions de chaque aliéné. Les résultats en ont paru bons.

VIII. — *Discours présidentiel*; par le Dr G. Alder Blumer (numéro de juillet). — En 1903, le Dr Blumer était président de l'Association médico-psychologique des Etats-Unis, et c'est son discours à l'assemblée générale annuelle qui est ici reproduit. Le Dr Blumer y montre la vivacité d'esprit, la largeur de vues, la hardiesse d'initiative qui lui sont coutu-

©BIUM



mières. Il touche brièvement à plusieurs sujets, mais il le fait avec une précision qui porte autant qu'un long article. Il parle de la centralisation extrême du service des asiles d'aliénés dans l'Etat de New-York, où tout est aux mains d'une commission centrale, et, en homme qui l'a éprouvé, il en montre les grands inconvénients; il constate que le nombre des aliénés s'accroît non seulement en lui-même, mais aussi par rapport au développement de la population; il voit cette augmentation dans les fâcheuses conséquences de l'hérédité et de l'alcoolisme, et l'on sent qu'il ne serait pas ennemi des mesures les plus prohibitrices contre le mariage de tout individu taré ou suspect; et il approuve les lois qui interdisent l'immigration aux Etats-Unis à tout individu suspect d'aliénation mentale. Ce discours, riche d'idées, a dû être très goûté de ses auditeurs.

IX. — *Folie traumatique*; par le Dr A. R. Richardson (numéro de juillet). — Cette folie peut survenir soit presque immédiatement après un traumatisme du crâne, soit après un temps plus ou moins long. Dans ce dernier cas, il s'agit presque toujours plutôt de névroses, notamment d'hystérie, que de psychoses. Dans le premier cas, il n'y a aucune symptomatologie spéciale; on peut alors voir survenir ou de la confusion mentale ou de l'affaiblissement des idées, ou même un délire systématisé. Mais souvent aussi la prédisposition intervient comme facteur important.

X. — *Résultats de chirurgie cérébrale dans l'épilepsie et l'imbécillité*; par le Dr William P. Spratling (numéro de juillet). — Les résultats sont peu encourageants; la trépanation faite chez 33 épileptiques ne donna, chez 21, aucun changement; chez 3, il y eut plutôt aggravation; 9 seulement eurent des attaques moins fréquentes, encore pouvait-on se demander si cela était dû à l'opération. Chez 83 imbéciles, il y eut, pour 9, une légère amélioration; chez 54, l'état resta le même; 20 moururent des suites de l'intervention chirurgicale.

XI. — *Considérations sur l'hérédité comme facteur de l'épilepsie*; par le Dr R. E. Doran (numéro de juillet). — L'auteur a suivi 1.300 observations, qui l'amènent aux conclusions suivantes : Dans 46 cas pour 100, il y avait des antécédents de névroses diverses et d'alcoolisme; dans 38 p. 100, on trouvait la réunion de l'alcoolisme, de l'épilepsie et de la folie; l'alcoolisme paternel existait seul dans 18 cas p. 100; d'une manière générale, les maladies autres que les névroses avaient paru

©BIUM



sans grande influence prédisposante; enfin, le début de l'épilepsie se montrait à un âge d'autant plus jeune que les tares héréditaires étaient plus lourdes.

XII. — *Le développement de la folie en Californie*; par le Dr John W. Robertson (numéro de juillet). — La Californie est le plus jeune des Etats de l'Union, à laquelle il s'est incorporé en 1849. Peu après, en 1851, on y trouvait 1 aliéné pour 21.000 habitants; en 1860, la proportion était de 1 pour 1.000. En 1870, on en trouvait 1 pour 500, et actuellement, on compte 1 pour 260. L'auteur attribue cette rapide augmentation à l'hérédité et aux conditions générales de la vie. L'Etat de Californie a fait de grosses dépenses pour hospitaliser ses aliénés. Le Dr Robertson déplore amèrement qu'on ait construit d'immenses édifices, où la situation est aujourd'hui d'autant plus mauvaise que l'encombrement y est porté aux limites les plus extrêmes. On y voit des lits partout, et plus d'un malade n'a pour couchage qu'un matelas à terre.

XIII. — *Asiles spéciaux pour aliénés criminels*; par le Dr H. E. Allison (numéro de juillet). — Le Dr Allison, qui dirige, dans l'Etat de New-York, l'asile de Matteawan, destiné spécialement aux aliénés criminels, insiste ici sur les raisons, souvent données, qu'il y a de séparer ces aliénés des autres; la promiscuité en est nuisible, et les mesures de préservation à prendre contre eux ne conviendraient pas à n'importe quels aliénés.

XIV. — *Anatomie pathologique du délire aigu*; par le Dr H. A. Tomlinson (numéro d'octobre). — Le délire aigu est la manifestation la plus violente de l'agitation maniaque; il se manifeste par de la confusion mentale, des idées délirantes diverses et vagues, dans lesquelles l'idée d'empoisonnement est souvent prédominante, de l'insomnie, une agitation très grande, un épuisement rapide. Ayant eu l'occasion de faire trois autopsies de délire aigu, qu'il rapporte ici en grand détail, le Dr Tomlinson a constaté les trois fois, en ce qui concerne le cerveau, que les méninges, notamment la pie-mère, étaient épaissies, que les vaisseaux étaient gorgés de sang, qu'il y avait des leucocytes extravasés en grand nombre, que les circonvolutions de la base du cerveau avaient des adhérences inflammatoires; que les autres circonvolutions présentaient en maint endroit des dépressions, comme des fossettes, dues sans doute à la surabondance du liquide cérébral. Selon notre auteur, le délire aigu résulte à la fois de l'auto-intoxication et

©BIUM



de l'épuisement des malades. La terminaison fatale est toujours prompte.

XV. — *De la recherche des aliénés dans les institutions pénales, comme moyen de diminuer le crime*; par le Dr Frank W. Robertson (numéro d'octobre). — L'auteur examine l'importance qu'il y aurait à reconnaître à l'avance les aliénés parmi les individus qui sont mis en prison. Il voudrait que des médecins spéciaux fussent partout chargés de ce service. Cela aurait comme avantage d'empêcher que des aliénés ne soient indûment déférés aux tribunaux; et, d'autre part, en retirant de la population des prisons, tant les vrais aliénés que les dégénérés qui s'y rencontrent souvent et qui y sont presque toujours les pires agents du désordre et de la perversité, on pourrait plus aisément parvenir à amender un certain nombre de délinquants. Plusieurs États de l'Union ont déjà créé des asiles spéciaux pour aliénés criminels ; quelques-uns ont affecté à ceux-ci seulement des quartiers d'asiles. La séparation de ces aliénés devrait se généraliser.

XVI. — *De l'organisation du corps des médecins assistants*; par le Dr A. P. Ohlmacher (numéro d'octobre). — Cette organisation devrait tendre à la création d'un institut anatomo-pathologique où les médecins assistants recevraient une éducation spéciale, les mettant au courant de toutes les recherches anatomiques, histologiques, physiologiques, chimiques, utiles à faire dans les asiles. Ils pourraient, d'ailleurs, se spécialiser dans l'une ou l'autre de ces branches d'étude, et le travail scientifique en tirerait partout un réel profit.

## Année 1904.

I. — *Particularités anatomiques et variétés cliniques de la folie traumatique*; par le Dr Adolf Meyer (numéro de janvier). — Important mémoire, basé sur trente et une observations ; on ne peut en donner que la substance. Il en résulte que le traumatisme est rarement cause de folie : une seule fois l'auteur l'a rencontré au début d'un délire systématisé ; le plus souvent, il provoque des accidents épileptiques ou de l'obnubilation des facultés mentales. Encore faut-il constater que souvent il y a une autre cause efficiente, notamment de l'alcoolisme. Les blessures du crâne rencontrées dans les observations rapportées ont intéressé

©BIUM



tantôt la base, tantôt la convexité ou les parois. Presque toujours elles ont été dues à une chute ou à un coup ; une seule fois il s'est agi d'une blessure par arme à feu, qui a déterminé de la confusion mentale.

Le Dr Meyer admet quatre états de troubles mentaux à la suite du traumatisme du crâne : le délire fébrile, avec ou sans coma ; les névropathies à forme d'hystérie ou d'épilepsie, avec ou sans convulsions ; la déchéance mentale, notamment l'aphasie ; les psychoses proprement dites, y compris celles qui peuvent se rapporter à un traumatisme n'ayant point blessé le crâne.

II. — *Guérison apparente d'un délire de persécution* ; par le Dr Richard Dewey (numéro de janvier). — Histoire d'un homme de quarante ans chez qui le délire évolue avec une certaine rapidité ; des idées de persécution, très nettes, s'accompagnaient d'hallucinations. L'excitation qui survint obligea d'interner le malade. Au bout de quatre mois de traitement l'amélioration survint, et aboutit à un état de guérison qui après plus de deux ans semblait bien confirmée.

III. — *Sur les tumeurs malignes chez les aliénés* ; par le Dr John Rudolph Knapp (numéro de janvier). — Notes sur vingt-neuf cas où des aliénés étaient atteints de tumeurs malignes siégeant à des endroits très variables du corps. Le Dr Knapp n'a constaté aucune corrélation entre ces tumeurs et la folie des malades. Du reste il n'y a qu'un nombre infime d'aliénés qui soient atteints de ces tumeurs.

IV. — *Etat actuel de la paranoïa* ; par le Dr William Mc Donald (numéro de janvier). — La paranoïa envisagée ici correspond à notre description du délire systématisé de persécution, et le Dr Mc Donald examine la description que Kraepelin en a donnée : début lent, marche progressive, systématisation avec ou sans hallucination, conservation de la connaissance et de la logique dans les idées, avec terminaison habituelle par la démence. Les écrits récents de Kraepelin sur la démence précoce tendent à réduire considérablement le champ de l'ancienne paranoïa, et la situation présente est telle que, comme le constate le Dr Mc Donald en terminant son article, moins de vingt ans après que la paranoïa ait été introduite dans la psychiatrie, elle cède la place à des états qu'on qualifie de paranoïdes, et qu'il n'en reste aucun qu'on puisse dire simplement et absolument paranoïaque.

V. — *La psychose de Korsakoff. Quatre observations* ; par le Dr Harry W. Miller (numéro de janvier). — Bien que le

©BIUM



mémoire de Korsakoff, sur les troubles mentaux liés à de la polynévrite, remonte à l'année 1887, les contributions de la littérature médicale américaine sur cette forme morbide sont rares, ce qui encourage l'auteur à publier ses observations où l'on trouve les éléments essentiels de la psychose, à savoir : affaiblissement de la mémoire, fugacité des impressions sensorielles qui sont rapidement oubliées, et remplacées en quelque sorte par des impressions fausses, qui sont des illusions véritables et dont l'accumulation constitue un vrai délire; enfin, perte de l'aptitude à l'orientation. Dans une des observations citées, la polynévrite semble due à une fièvre typhoïde; dans les trois autres, à de l'alcoolisme.

VI. — *Démence paranoïde*; par le Dr C. W. Page (numéro de janvier). — L'auteur donne au terme de démence paranoïde une signification équivalente à celle de la démence précoce de Kraepelin et, de l'examen de quelques cas où la démence a succédé plus ou moins lentement à des conceptions délirantes systématisées, le Dr Page admet que la détérioration des facultés mentales doit faire poser le diagnostic de démence précoce plutôt que celui de paranoïa.

VII. — *Le développement de la folie en rapport avec la civilisation*; par le Dr Robert Jones, de Londres (numéro d'avril). — Considérations générales dans lesquelles l'auteur montre que les progrès de notre civilisation, en surexcitant l'activité physique et mentale, tendent à augmenter le nombre des aliénés. L'auteur considère particulièrement à ce point de vue Londres et l'Angleterre, où certaines formes de folie sont bien plus communes qu'autrefois.

VIII. — *Le sang dans l'épilepsie. Expériences sur les animaux;* par les Drs Savary Pearce et Napoléon Boston (numéro d'avril). — Les auteurs donnent le résultat de leur examen du sang chez sept individus atteints de l'épilepsie dite idiopathique. Ils ont trouvé une leucocytose très prononcée; les globules rouges ne présentaient pas de déformation. Des injections du sang de ces épileptiques, à la suite de leurs attaques, faites chez des lapins y ont déterminé une leucocytose rapide et abondante, et les animaux avaient des accidents qui, sans être des convulsions, paraissaient s'en rapprocher. Ces diverses constatations tendraient à faire considérer l'épilepsie comme une sorte de toxémie.

IX. — *Etait-ce un paranoïaque?* par le Dr C.-A. Drew (numéro d'avril). — Longue histoire, intéressante cependant,

©BIUM



d'un individu qui, condamné à la prison pour vol, avait été évacué de la prison à l'asile d'aliénés criminels, sur un certificat médical qui le représentait comme un aliéné atteint de délire systématisé de persécution. Le Dr Drew discute le cas, constate que l'individu n'avait pas une systématisation véritable, car ses idées, supposées délirantes, n'étaient pas toujours présentées par lui de la même manière, que sa mémoire était infidèle, qu'il était très orgueilleux, très impérieux, dénué de sens moral, et qu'en somme, c'était plutôt un imbécile à idées délirantes peu précises, qu'un véritable persécuté.

X. — *Etude chimique du liquide cérébro-spinal dans diverses maladies mentales*; par le Dr Isidor H. Coriat (numéro d'avril). — Article difficile à analyser. Les recherches ont été faites chez des individus atteints de paralysie générale, de démence sénile, de mélancolie simple, de folie alcoolique. Mais les résultats n'ont rien de typique. Dans quelques cas, on a trouvé de l'acide lactique; chez presque tous, de la choline en quantité plus ou moins grande.

XI. — *Démence précoce. Autopsie*; par le Dr William Rush Dunton (numéro d'avril). — Encore un de ces cas qui n'apportent qu'une faible lumière à la question de la démence précoce. Il s'y agit d'une femme de trente-sept ans qui, à la suite d'une émotion vive, eut de la dépression, des idées de persécution, de l'auto-accusation, probablement des hallucinations de l'ouïe et de la vue, de la confusion mentale, de l'agitation, et divers troubles d'ordre physique. Au bout de quelque temps elle se calma, mais fut sujette à des accès d'excitation. Bientôt, elle tomba dans la démence et le gâtisme. Elle eut alors des actes stéréotypés, du négativisme. Elle mourut au bout de cinq ans, dans un état de grande dépression.

A l'autopsie, on trouva un état d'hépatisation grise au sommet du poumon droit, de la congestion au milieu du poumon, des adhérences au sommet. Il y avait aussi des adhérences au sommet du poumon gauche. A la tête, adhérences anormales de la dure-mère et du crâne au niveau des lobes frontaux. Pas d'adhérences de la pie-mère. Les circonvolutions étaient un peu atrophiées. Les vaisseaux paraissaient engorgés.

L'âge de la femme permet de dire démence rapide plutôt que démence précoce, et c'est aussi de cette façon que permet de l'entendre l'atrophie cérébrale constatée à l'autopsie.

XII. — *Chorée délirante. Autopsie*; par le Dr Isabel A. Bradley (numéro d'avril). — Jeune fille de dix-neuf ans,

©BIUM



entrée dans un asile en état de grande excitation, avec idées de persécution. Elle avait encore conscience d'elle-même. Elle était agitée par des mouvements choréiques intenses. Sa maladie remontait à une quinzaine de jours. L'aggravation fut rapide; peu d'heures après l'entrée dans l'asile, la confusion mentale était grande; on ne pouvait alimenter qu'avec la sonde. La malade mourut très déprimée, au bout de quarante-huit heures. A l'autopsie, on trouve de l'œdème du cerveau; le liquide céphalique était très abondant. Les vaisseaux étaient distendus. On découvrit dans l'utérus une grossesse qui pouvait remonter à près de trois mois.

XIII. — *Syphilis du système nerveux, prédominance d'amnésie. Autopsie*; par le Dr Emma W. Mosers (numéro de juillet). — Histoire d'un homme interné à l'âge de quarante ans; on le croyait atteint de paralysie progressive. Il avait des idées de satisfaction, mais sans excitation; sa mémoire était infidèle. Pas de tremblement de la langue, pas d'embarras de la parole. Peu de temps après son arrivée à l'asile il eut des convulsions épileptiformes, qui se renouvelèrent, en même temps que l'intelligence s'affaiblissait. Peu après, il succomba, à la suite d'une série d'attaques convulsives. Dans ses antécédents, la syphilis était certaine.

A l'autopsie, on trouva de l'épaississement de la pie-mère, surtout à la base, mais pas d'adhérences. Les vaisseaux de la base étaient très infiltrés. Au microscope, on reconnut une dégénérescence diffuse des cellules de la substance grise, sans aucune corrélation avec les altérations méningées.

XIV. — *Médecine légale d'un cas d'empoisonnement d'un puits*; *nécessité de l'observation régulière dans un asile*; par le Dr Henry E. Stedman (numéro de juillet). — L'individu dont il s'agit avait empoisonné un puits avec un sel de plomb afin de causer la mort d'une personne qui se servait de ce puits et dont il croyait avoir à se plaindre. Le Dr Stedman insiste surtout sur ce fait que, chargé avec le Dr Jelly d'examiner cet individu et de rechercher s'il n'était point aliéné, les deux experts, après un assez bon nombre de visites, étaient sur le point de conclure à la responsabilité, tout en signalant qu'une hérédité très chargée commandait l'indulgence, lorsque, dans une dernière entrevue, l'inculpé dévoila un délire de persécution qu'il avait contenu jusque-là. Et le Dr Stedman dit que si l'inculpé avait été mis dans un asile, en observation, son délire aurait sans doute été plus tôt reconnu, et qu'ainsi il

©BIUM



serait nécessaire de mettre en observation, légalement, tout individu suspect d'aliénation mentale.

XV. — *La pression du sang chez les aliénés*; par le Dr William Rush Dunton (numéro de juillet). — Les recherches personnelles de l'auteur lui ont fait constater, comme l'avaient déjà constaté d'autres observateurs, que la pression sanguine est augmentée dans les états de dépression, et diminuée dans les états d'excitation, mais qu'il n'y a pas de rapports constants entre une chose et l'autre.

XVI. — *Astasie-abasie et épilepsie*; par le Dr Walter H. Buhlig (numéro de juillet). — L'astasie-abasie est plus souvent associée à l'hystérie qu'à l'épilepsie. Mais on ne peut douter que les attaques convulsives présentées par le sujet de l'observation ne fussent épileptiques.

XVII. — *De l'état épileptique*; par les Drs Pierce Clark et Thomas P. Prout (numéro de juillet). — Cet article est la fin d'une étude d'ensemble dont les deux premières parties ont été publiées en décembre 1903 et en avril 1904. Les données générales de cette étude, très digne d'intérêt, sont que l'épilepsie est une maladie d'ordre sensoriel et que l'on y trouve des altérations nucléaires des cellules corticales, en même temps qu'une grande abondance de leucocytes.

XVIII. — *Influence de leur genre de vie dans l'asile sur le sang des aliénés*; par le Dr W. G. Melvin (numéro de juillet). — Très courte note avec tableaux, qui tend à établir que l'abondance des globules rouges et de l'hémoglobine dans le sang des hospitalisés est plus grande chez les nouveaux admis que chez les chroniques oisifs; plus grande aussi chez ceux qui travaillent et surtout chez ceux qui vivent sous la tente que même chez les nouveaux admis.

XIX. — *Hydrothérapeutique*; par le Dr George T. Tuttle (numéro d'octobre). — Constatation des bons effets de l'hydrothérapie sous ses diverses formes, en douches de toute manière, froides ou chaudes. Notons cette remarque du Dr Tuttle, disant qu'à tout le moins l'hydrothérapie donne au malade le sentiment qu'on s'occupe de lui, qu'on cherche à lui être utile, et que cela à soi seul peut contribuer à l'amélioration en agissant sur le moral.

XX. — *De l'utilité de mettre fin à la disparité qui existe entre les infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés et ceux des hôpitaux ordinaires*; par le Dr C. P. Bancroft (numéro d'octobre). — Les employés des hôpitaux ordinaires sont considérés comme

©BIUM



supérieurs à ceux des asiles et leurs emplois sont plus recherchés; cela peut tenir à la différence de formation des uns et des autres. Cette formation devrait être la même, car les employés des asiles ont autant que les autres l'occasion d'appliquer à leurs malades des notions de soins médicaux, chirurgicaux, ou d'hygiène générale.

XXI. — *Quelques remarques sur les quartiers d'observation pour les aliénés dans les hôpitaux ordinaires*; par le Dr Stanley Abbot (numéro d'octobre). — Tous les hôpitaux devraient avoir un quartier spécial d'observation destiné aux cas aigus d'aliénation mentale ou à l'administration des premiers soins jusqu'à connaissance complète de la maladie. Ces quartiers devraient être organisés comme ceux des asiles et être confiés à un aliéniste.

XXII. — *L'état mental dans le crétinisme*; par le Dr Edward E. Monyer (numéro d'octobre). — Les crétins sont d'ordinaire d'une profonde apathie dans leur débilité intellectuelle. Quelquefois cependant ils peuvent avoir de la psychose. Le Dr Mayer rapporte deux cas où il y eut temporairement de l'excitation maniaque, avec loquacité inaccoutumée et presque de l'intelligence. Les malades étaient soumis au traitement par l'extrait thyroïde. L'un d'eux, après cessation de l'excitation, parut avoir un état mental un peu amélioré.

XXIII. — *Les types de folie alcoolique*; par le Dr H. W. Mitchell (numéro d'octobre). — Les types examinés, avec observations à l'appui, sont : le delirium tremens, l'état hallucinatoire simple, la folie alcoolique proprement dite, la démence, qui d'ordinaire est à forme paralytique.

Les conclusions sont les suivantes :

L'hérédité de la folie ou de l'intempérance est commune et exerce une influence nuisible sur la marche de l'alcoolisme.

La persistance d'hallucinations tactiles ou olfactives dans l'état hallucinatoire est d'un pronostic fâcheux.

Les idées de grandeur ou les troubles de la personnalité indiquent un état chronique.

Ceux qui boivent par accès ont surtout du delirium tremens; les psychoses continues sont plutôt l'apanage de ceux qui boivent continuellement.

Chez presque tous les alcooliques, la maladie est due aux liqueurs distillées.

Il est rare qu'une seule attaque de delirium tremens détermine la psychose; mais celle-ci peut suivre plusieurs attaques.

L'état hallucinatoire simple est souvent le point de départ d'un délire systématisé.

XXIV. — *Cas de folie morale. Empoisonnements et incendies*; par le Dr Henry R. Stedman (numéro d'octobre). — Histoire d'une femme de quarante-cinq ans, garde-malade, inculpée de divers crimes accomplis sans motifs et dans des conditions qui firent mettre en doute son intégrité mentale. Elle était fille d'un alcoolique et parente d'aliénés. — On la déclara atteinte de folie morale et elle fut internée. Mais comme ultérieurement elle eut des périodes alternantes d'excitation et de dépression, qu'elle eut aussi des idées délirantes de persécution, on pouvait la considérer comme atteinte d'une autre forme de folie que la folie morale proprement dite.

VICTOR PARANT.

©BIUM

# BIBLIOGRAPHIE

*Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten* (Le bon mot et ses rapports avec l'inconscient) ; par le professeur Dr Sigm. Freud, de Vienne, 1 vol. in-8°, Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1905.

L'importance du trait d'esprit est grande dans la vie sociale. « Un nouveau bon mot est presque comme un événement d'intérêt général ; il est colporté de l'un à l'autre comme la plus récente nouvelle de victoire ». Pourtant les esthéticiens et les psychologues ont peu étudié ce phénomène psychologique ; à peine en ont-ils parlé, et encore comme appendice des problèmes du comique. Le présent ouvrage a pour but de montrer, par l'étude du bon mot, toute l'importance du sujet pour la science de l'esprit.

L'auteur commence par de nombreux exemples d'excellents traits d'esprit à l'aide desquels il en classifie les espèces. Il cite d'abord le trait suivant tiré des *Reisebilder*, de H. Heine. Le collecteur de loterie et pédicure Hirsch-Hyacinth, de Hambourg, se vante au poète de ses relations avec le riche baron Rothschild, et lui dit enfin : « Je m'assis près de Salomon Rothschild qui me traita tout comme son égal, *familionairement*. » Le mot est très joli, sans conteste. Au point de vue de l'espèce de technique, M. Freud le range dans celle de la condensation avec équivalence (*Verdichtung mit Ersatzbildung*), l'équivalence étant obtenue ici par un mot composite (*Mischwort*). Un autre exemple de condensation, mais avec modification (*Verdichtung mit Modification*), est fourni par le bon mot suivant, d'un certain M. X... : « J'ai voyagé avec lui *tête-à-bête*. »

Tout de suite après, M. Freud ouvre une parenthèse qui nous indique quelle est la pensée maîtresse de son livre : il compare cette condensation avec celle du rêve.

Pour en revenir aux bons mots, étudiés dans leur technique, je citerai, non plus les mots mêmes, ce qui serait trop long et ferait ressembler cette analyse à un recueil d'ana, mais les

©BIUM



autres espèces : par division de mot en plusieurs (*Zerteilung*), la répétition, le double sens ou le jeu sur un mot (*Wortspiel*), avec beaucoup de nuances sur lesquelles s'appesantit M. Freud, le calembour, le déplacement de l'importance d'une idée à une autre (*Verschiebung*) (1), l'absurdité (*Unsinn*), d'autres formes de pensée défectueuses (*Denkfehler*), l'unification, la description par le contraire (*Darstellung durch das Gegenteil*), la surenchère (*Ueberbietung*), la description indirecte, l'allusion, l'allusion par omission (*Auslassung*), la description par un détail (*durch ein Kleines*), la métaphore, la comparaison.

M. Freud étudie ensuite les tendances du bon mot, qui peut être innocent ou agressif, obscène, piquant, frondeur, cynique, critique ou blasphématoire, enfin même sceptique. C'est de la tendance du bon mot et de sa technique que dérive le plaisir qu'il nous procure. La tendance qui n'aurait pu se faire jour autrement, est satisfaite par le trait d'esprit, d'où plaisir. Quant aux différents procédés qui peuvent se ramener à trois groupes, ils procurent tous une économie d'effort intellectuel, d'où encore plaisir. « En jetant de nouveau un regard en arrière sur les trois groupes en lesquels nous avons divisé les procédés du trait d'esprit, nous remarquons, dit M. Freud, que le premier, le remplacement de l'association de choses par l'association verbale, et le troisième, l'emploi du contraste, peuvent être considérés ensemble comme un rétablissement d'anciennes libertés et comme la délivrance de l'oppression que cause l'éducation intellectuelle; ce sont des allègements psychiques que l'on peut opposer en un certain sens à l'économie de dépense intellectuelle que procurent les procédés du deuxième groupe. Donc, adoucissement dans la dépense des forces psychiques déjà accumulées et épargne de celle que l'on va être obligé de faire, voilà les deux résultats fondamentaux de la technique, les deux sources du plaisir qu'éveille tout bon mot. La division de celui-ci en bon mot de mots et en bon mot d'idées correspond en très gros à cette division de la technique et de la source du plaisir. »

L'étude précédente a permis à l'auteur de jeter une vue d'ensemble sur la psychogenèse du bon mot et de découvrir des

(1) Il est très difficile de donner une traduction exacte des mots allemands d'abord, et ensuite de faire comprendre à quoi ils s'appliquent; enfin, je ne trouve pas que toujours le choix fait par l'auteur de la dénomination particulière soit très exact.

©BIUM



stades préliminaires, le jeu *avec* des mots (*Spiel*), comme chez l'enfant, le jeu *de* mots (*Scherz*). Pour faire comprendre la différence du *Scherz* avec le *Witz*, voici un exemple de *Scherz* : Le professeur Kästner, au XVI^e^ siècle, dit à un étudiant qui s'appelait Laguerre (*Krieg*) et qui avait trente ans : « Ainsi, j'ai donc l'honneur de voir la guerre de trente ans (!). » M. Freud ramène le plaisir que cause le bon mot à celui causé par le jeu avec les mots de l'enfant ou le « déchaînement de l'absurdité » (*Entfesselung des Unsinns*) ; le bon mot n'ayant un sens que pour empêcher la critique d'arrêter le développement de ce plaisir. Ainsi, le bon mot est un jeu de mots (*Scherz*) d'abord, ensuite un jeu de mots qui a un sens, et enfin un jeu de mots ayant un sens au service de tendances particulières (agressives, cyniques, érotiques, sceptiques, etc.) (*tendenziöser Witz*), ce qui est le plus haut degré du trait d'esprit. Le petit plaisir du jeu s'accroît constamment durant cette ascension évolutive du bon mot, à chaque stade, pour aboutir à en déchaîner un très grand lorsqu'il permet à une tendance qui ne se serait pas donné carrière autrement, de se faire jour grâce au bon mot. Pour rendre cela clair, je suppose que l'on haïsse une personne et que l'on ait tendance à lui dire des choses désagréables, tandis que les convenances ou d'autres conditions s'y opposent. Un mot piquant permettra de se satisfaire avec moins de risques. Ce petit plaisir, propre au bon mot lui-même, qui en déchaîne un plus grand, M. Freud veut lui donner un nom, *Vorlust*, et une importance énorme en le faisant dépendre d'un « principe », le principe du *Vorlust*.

On sait qu'il y a des gens particulièrement doués pour faire des mots. Il semble que ce soient souvent des personnes nerveuses, mais c'est tout ce qu'on peut dire.

Une chose intéressante à remarquer, c'est qu'on communique toujours à autrui le mot qu'on vient de faire. On fait rire autrui, mais soi-même on ne rit pas. Pourquoi le faiseur (ou colporteur) ne rit-il pas? M. Freud s'efforce de creuser ce problème en le rapprochant de celui du comique et du rire par la considération de l'économie de l'effort psychique.

Une dernière étude à faire; nous l'avions soupçonnée dès le début, lorsque M. Freud, si inopinément, nous a parlé du rêve : la comparaison avec le processus de ce dernier. Il faut rappeler que dans un ouvrage antérieur l'auteur explique le rêve ainsi : le rêve, qui a une apparence baroque, s'il est analysé et séparé en ses parties constituantes, se ramène à un système logique et

©BIUM



intelligible d'idées. Ce système qui existait à l'état de veille, doit son existence à l'intérêt, à un désir. S'il était resté tel quel, il aurait troublé le sommeil; mais il tombe dans l'inconscient et, grâce au « travail du rêve » (*Traumarbeit*) dans cet inconscient, grâce à la « condensation » et au « déplacement », ne réapparaît que sous une forme hallucinatoire inoffensive. *Il y a là un mécanisme que celui du bon mot*, dit M. Freud, *imite en grande partie.* Et il s'étend tout au long sur les analogies et les différences de ces deux mécanismes.

Il termine enfin ce livre par une étude du comique et de ses genres, éclairée par les données acquises au cours de ce travail.

Comme on le voit, je me suis borné à essayer de rendre compte des idées de l'auteur sans les critiquer : cela m'eût entraîné trop loin. C'est un livre curieux, intéressant, qui doit être lu par par ceux qui s'intéressent à la psychologie. Mais, oserai-je dire que toutes ces théories m'ont souvent paru un peu « tirées par les cheveux »?

PH. CHASLIN.

---

*L'epilettico di fronte al diritto* (L'épileptique au point de vue du droit); par Livio Pugliese. Torino, 1902.

« Ce travail n'est pas d'un psychiatre, ni d'un médecin légiste, mais d'un jeune juriste qui — frappé de la fréquence du délit chez les épileptiques, attiré par les postulats nouveaux de la doctrine moderne sur le délit, les délinquants et les épileptiques en particulier, — étonné du contraste choquant qui se manifeste entre ces idées, et l'exercice journalier de la justice, — déplorant les effets désastreux de cette justice aussi bien civile que pénale au point de vue de la morale, — avec la foi sincère de l'homme convaincu, se propose de rompre ses premières lances pour la défense des graves questions qui se rapportent à l'épileptique dans ses rapports avec la loi et avec la société. » Ainsi s'exprime le Dr Ottolenghi, au début de la préface qu'il a écrite pour le livre de M. Pugliese ; et on ne saurait résumer sous une forme plus délicate l'éloge et la critique que mérite ce livre.

Dans la première partie, sont successivement passées en revue et discutées les questions qui se rapportent à la définition clinique et légale de l'épilepsie, à l'état psychique, au caractère et aux différentes formes de l'attaque psychique de l'épileptique. La comparaison des opinions empruntées aux

©BIUM



auteurs les plus autorisés conduit M. Puglièse à cette conclusion absolue que la théorie du libre arbitre est une illusion, que celle des intervalles lucides est un leurre, qu'à aucun moment de la vie de l'épileptique on ne peut dire si une sensation interne ou externe, perçue par son cerveau, est le résultat d'une activité libre ou pathologique, et que, par suite, à aucun moment l'épileptique ne peut être avec certitude déclaré *compos sui*.

La deuxième partie comprend, dans un premier chapitre, la discussion de la capacité civile de l'épileptique (capacité testamentaire, capacité matrimoniale, capacité testimoniale, aptitude à la fonction de tuteur et de curateur). L'opinion de l'auteur sur ces différents points découle naturellement de la conclusion de la première partie de son ouvrage : elle est celle de l'*inhabilitation générale* de l'épileptique, considérée comme la seule doctrine « répondant aux besoins d'une société pratique et intelligente comme la nôtre ». — Le dernier chapitre est consacré aux rapports de l'épileptique avec le droit pénal. Adoptant pleinement les théories de la Nouvelle école de Psychiatrie criminelle, l'auteur considère la *délinquence* chez l'épileptique comme une *fonction organique*; il repousse les doctrines des responsabilités partielle ou atténuée et ne reconnaît dans tous les cas que l'irresponsabilité totale. Et, comme conclusion pratique, il réclame, dans l'intérêt de la société et pour la sauvegarde de l'individu, que l'irresponsabilité pénale comporte *toujours* pour l'épileptique délinquant, conformément aux critères du moderne naturalisme scientifique, l'internement immédiat dans un de ces manicomes criminels, dont la Psychiatrie italienne réclame la création. Cet internement serait *perpétuel* pour les épileptiques ayant commis des crimes contre les personnes; pour ceux qui auraient commis des délits contre la propriété, la société, avant de prononcer l'internement perpétuel, attendrait qu'ils se soient montrés *incorrigibles*, en augmentant graduellement pour chaque délit la dose de défense sociale.

La bonne ordonnance de l'ouvrage, l'habileté de la documentation, la hardiesse des opinions sont d'un juriste érudit et d'un sociologue ardent à la recherche du mieux. Mais, en édifiant sur des moyennes et des généralités cette formule absolue: tout épileptique est aliéné et irresponsable, l'auteur ne s'est-il pas laissé aller à l'illusion qu'il reproche aux théoriciens du libre arbitre et de la responsabilité partielle? Il n'y a pas *une*

©BIUM



épilepsie, mais *des* épilepsies ; il n'y a pas *un* épileptique, mais *des* épileptiques. Et la clinique psychiatrique, qui poursuit l'analyse individuelle dans le sable mouvant de la relativité et de la contingence, n'est pas en état d'accepter, sans réserves le postulatum catégorique de M. Puglièse.

Il en est de même de ses conclusions pratiques, aussi bien au point de vue individuel, qu'au point de vue social. En reconnaissant l'épileptique comme aliéné, dangereux et irresponsable par définition, l'auteur veut à la fois lui éviter la peine qui le déshonore injustement lui et sa famille et préserver la société des dommages qui la menacent. Mais, interdire le mariage à un épileptique, quand aucune science ne peut affirmer qu'il sera un mauvais chef de famille ou qu'il sera le père d'enfants anormaux ; condamner à l'internement perpétuel un délinquant de la première heure, quand aucune science ne peut affirmer qu'il commettra jamais un second délit, n'est-ce pas, en vérité, plus dur, plus afflictif, plus injuste pour l'individu que l'application de la justice actuelle ? Est-ce bien aussi une nécessité pour la défense collective et un avantage pour la société de retrancher et de prendre à sa charge une vie entière, quand aucune science ne peut affirmer que cette vie ne saurait évoluer dans la collectivité comme une valeur inoffensive et productive ?

Devant les conclusions radicales de l'auteur, se dressent les problèmes graves et opposés qui touchent à la liberté et à l'assistance individuelles, aussi bien qu'à l'économie et à la préservation sociales, et qui réclament des solutions nouvelles plus conformes au progrès humain. Il n'est pas pour le médecin légiste, comme pour le juriste, de plus noble tâche que la recherche de ces solutions, et quelles que soient les objections qui s'opposent à la doctrine et aux moyens proposés par M. Puglièse, il faut le louer d'avoir abordé cette tâche avec une conviction et une indépendance, dont l'exemple sera bon à suivre dans les débats de l'avenir.

R. Charon.

---

*Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation* (Les formes palpables du corps humain normal et leur palpation méthodique) ; par le Dr Toby Cohn. 1 vol. in-8°, Berlin, S. Karger, 1905.

On comprendra qu'il soit impossible d'analyser un livre d'a-

©BIUM



natomie descriptive et topographique, surtout quand il s'agit d'anatomie qui doit nous être connue par le tact. M. Toby Cohn, s'occupant spécialement de maladies nerveuses et ayant recours fréquemment au massage, s'est aperçu du manque de connaissances précises sur la palpation du corps normal, ce qui est fâcheux, surtout pour la connaissance par comparaison de la palpation du corps anormal. D'où ce livre, dont la première partie seule est parue.

Il faut palper, non seulement des vivants, mais des morts, et les renseignements obtenus varient selon que les différents corps ont leurs différents plans plus ou moins bien développés. Ce genre nouveau d'anatomie, qui a toujours existé, mais que M. Cohn codifie, est bien une science comparable à l'anatomie topographique, mais c'est aussi un art, que l'exercice seul peut permettre de posséder sur le bout des doigts, c'est le cas de le dire. Ce livre devra être lu non seulement par le masseur, le chirurgien et le médecin, mais aussi par l'artiste, qui y apprendra la raison de bien des formes qu'il dessine et que l'anatomie ordinaire, même artistique, ne lui fait pas connaître suffisamment.

PH. CHASLIN.

---

*Some forms of insanity due to Alcohol, especially in their medico-legal relations* (Quelques formes de folie alcoolique, spécialement au point de vue médico-légal); par Chas. K. Mills, M. D., de Philadelphie, professeur de neurologie à l'Université de Philadelphie, in-8° de 15 pages, extrait de *American medicine*, février 1905.

L'auteur envisage surtout deux formes de psychose alcoolique : le délire systématisé des alcooliques chroniques et la dipsomanie.

Le premier se montre, tantôt à titre épisodique, avec un début brusque et des hallucinations multiples pénibles ou terrifiantes; tantôt il se développe insidieusement, après une période prodromique caractérisée par l'affaiblissement de l'attention, de la mémoire et de la volonté; puis les idées délirantes de persécution se font jour avec une systématisation moindre que dans la paranoïa simple; elles sont souvent à base de jalousie, d'empoisonnement ou d'influences occultes s'exerçant dans la sphère génitale. M. Mills insiste, comme il convient,

©BIUM



sur l'importance du délire de jalousie des alcooliques, tout en spécifiant avec exemples à l'appui que cette forme de délire de persécution peut se développer en dehors de toute intoxication.

La dipsomanie se présente sous deux formes : une forme primitive, qui répond au syndrome décrit par Magnan et ses élèves, et la dipsomanie secondaire, qui se montre chez les vieux alcooliques, forme que l'on peut qualifier de pseudo-dipsomanie.

A propos de ces deux modalités psychopathiques des alcooliques, l'auteur entre dans des discussions médico-légales qui, en raison de la différence des législations, ne sauraient être clairement exposées à des lecteurs français.

A. CULLERRE.

---

*Morphinomania, cocomania and general narcomania, and some of their legal consequences* (Morphinomanie, cocaïnomanie, narcomanie en général, et de quelques-unes de leurs conséquences légales) ; par Charles K. Mills, M. D., professeur de neurologie à l'Université de Pensylvanie, neurologiste de l'hôpital général de Philadelphie, in-8°, de 18 pages, 1904.

Le morphinomane se livre rarement à des actes de violence, mais il peut voler, tromper, dissiper, escroquer, faire des faux, et en général accomplir tous actes répréhensibles dénotant un manque absolu de sens moral. Et l'incurabilité d'un tel malade conduit à des conséquences légales multiples : on ne peut faire état de son témoignage ni de sa véracité ; il n'est pas toujours dénué de la connaissance du bien et du mal, mais il n'a plus aucun scrupule et son égoïsme le conduit à toutes les compromissions.

Le cocaïnomane, plus fréquemment halluciné et délirant, peut accomplir des actes de violence d'origine pathologique et il portera souvent sur lui un revolver ou un poignard pour se défendre contre ses persécuteurs imaginaires.

Il n'y a pas à insister sur la nocivité bien connue de l'alcoolique, nocivité provenant de ses hallucinations et de ses idées délirantes.

Lorsque les différentes intoxications se combinent chez le même individu, les plus dangereuses impulsions peuvent en résulter. C'est ainsi que l'habitude de la morphine, unie à celle de l'alcool, conduit aux crimes contre la morale sexuelle, chez les femmes non moins que chez les hommes.

©BIUM



Suivent quelques observations résumées à l'appui des développements de l'auteur.

A. CULLERRE.

---

*Nervous and mental manifestations of pre-pernicious anemia* (Manifestations nerveuses et mentales dans la période prodomique de l'anémie pernicieuse); par F.-E. Langdon, M.-D. de Cincinnati, Ohio; in-8°, de 11 pages, extrait du *Journal de l'Association médicale américaine*, 1905.

Si l'on fait l'examen du sang de certains malades atteints en apparence de faiblesse nerveuse, de neurasthénie ou même d'hystérie et dont la maladie, loin de céder aux traitements habituels et en particulier à la cure de repos, s'aggrave d'une façon progressive jusqu'à se terminer d'une façon fatale, on constate qu'ils sont atteints d'*anémie pernicieuse*. L'auteur, depuis dix ans, a pu observer un certain nombre de cas de ce genre. Chez les uns, les troubles nerveux ou mentaux ont, tantôt coïncidé avec le début de l'altération sanguine, tantôt se sont développés en même temps qu'elle; chez les autres, ils l'ont nettement précédée. L'observation a conduit M. Langdon à penser qu'une seule et unique cause pourrait bien, dans certains cas, déterminer l'éclosion des deux ordres de symptomes. Après avoir exposé la symptomatologie du complexus morbide, il en donne neuf observations cliniques résumées.

A. CULLERRE.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— I principi fondamentali della antropologia criminale. Guida per i giudizi medico-forensi nelle questioni d'imputabilitá; par le Dr Giuseppe Antonini. 1 vol. in-18 de VIII-167 pages, des *Manuali Hoepli*. Milan, Hoepli, 1906.

— Untersuchungen über Muskelzustaende; par le professeur Rieger. 49 pages in-4°. Iéna, Gustav Fischer, 1906.

— Asile de Bordeaux. Rapport médical pour l'année 1905, par le Dr Anglade, médecin en chef. 80 pages in-8°. Bordeaux, Imprimerie G. Gounouilhou, 1906.

— L'Année psychologique, publiée par Alfred Binet. XIIe année, 1 vol. in-8° de 672 pages avec fig. Paris, Masson et Cie, 1906.

©BIUM



— Puerilismo mental; par le Prof. Bernardo Etchepare, médecin du manicome national. 10 pages in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*, avril 1906.

— Proceeding of the American medico-psychological Association at the sixty-first annual meeting held in San-Antonio, Texas, april 18-21, 1905, 1 vol. in-8° cartonné à l'anglaise de 384 pages. s. l. 1905.

— De la valeur diagnostique des symptômes oculaires aux trois périodes de la paralysie générale. Fascicule I. Troubles pupillaires; par les Drs A. Rodiet, Nadal et Dubos. 84 pages in-8°. — Fasc. II. Troubles du fond de l'œil; par les Drs Rodiet, Cans et Pansier. 77 pages in-8°. Montpellier, Imprimerie Grollier, 1906.

— Société genevoise du patronage des aliénés. Assemblée générale constitutive du mercredi 9 mai 1906 à l'Amphithéâtre de l'Athénée. 32 pages in-8°. Genève. Imprimerie W. Kündig et fils, 1906.

— Department of neurology Harvard medical school. Contributions from the Massachusetts general hospital, the Boston City hospital, the Long Island hospital, and the neurological Laboratory. Tome I. 238 pages in-8°. Boston, Mass., 1906.

— Le cerveau sénile; par le Dr André Léri. Rapport présenté au XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. 186 pages in-8°. Lille. Le Bigot frères, 1906.

— De la prétendue démence des persécutés; par le Dr Paul Bodros. Thèse de Paris, 1906. 62 pages in-8°.

— Azione del radio sull' eccitabilità elettrica dei muscoli; par les Drs G. Muggia et B. Ohannessian. 6 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1906.

— De l'idiotie amaurotique familiale (Maladie de Warren Tay-Sachs). Etude monographique; par le Dr Provotelle. 114 pages in-8°. Paris, Jules Rousset, 1906.

— Psicosis infantil; par le Dr Bernardo Etchepare. 7 pages in-8°. Extrait de la *Rivista medica del Uruguay*, juillet 1905.

— L'érotisme dans l'hystérie; par le Dr J.-B. Buvat. 15 pages in-8°. Cahors, imprimerie Coueslant, 1906.

— Des sorties provisoires à titre d'essai. Contribution à la thérapeutique des maladies mentales; par le Dr Adrien Hocquet. 185 pages in-8°. Thèse de Paris, 1906.

— State Charities aid Association of New-York. Alfer case of the insane. Furst report, february 9, 1906, with postscript of april 20-23 pages in-8°. New-York City, 1906.

©BIUM

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés d'août et de septembre* 1906 : Les fonctions de directeur-médecin des asiles autonomes de Bassens (Savoie) et d'Armentiéres (Nord) sont disjointes;

M. le Dr Aubin, conseiller général du Var, est nommé directeur de l'asile de Bassens (Savoie);

M. Gaspa, maire de la Nouvelle (Aude), est nommé directeur de l'asile d'Armentières (Nord);

M. le Dr Dumaz, médecin-directeur de l'asile de Bassens, est nommé médecin en chef du même établissement;

M. le Dr Chardon, médecin-directeur de l'asile d'Armentières, est nommé médecin en chef du même établissement.

— Des médailles d'honneur pour acte de courage et de dévouement ont été décernées à MM. les Drs Chevalier-Lavaure, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers); Thivet, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), et à M. Coignet, gardien de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), qui ont été blessés dans leur service par des aliénés.

— Des lettres de félicitations ont été adressées à MM. Bazelaire, surveillant, et Ildis, infirmier à l'asile de Clermont (Oise), blessés dans leur service par des aliénés.

## MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

*Une infirmière tuée par une aliénée.* — Le journal, *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, publie dans son numéro du 13 octobre 1906, la dépêche suivante adressée de Londres aux *Münchener neueste Nachrichten* (numéro du 9 octobre 1906) :

« Une épouvantable tragédie s'est déroulée vendredi (23 septembre) à l'asile d'aliénés de Matteawan, à New-York. Une bohémienne, Lizzie Halliday, a assassiné avec une cruauté sauvage sa jeune infirmière, miss Nelly Wicke. Halliday vécut durant de longues années dans les bas-fonds d'Hudson et de Mohawk et fut reine d'une bande de bohémiens. Quelques années après son mariage avec un fermier, elle commit une série de crimes affreux. Elle mit le feu à sa maison et y brûla

©BIUM



tout vif son fils, un avorton, tua son mari et coupa littéralement en morceaux deux femmes, la mère et la fille. Devant la justice il fut prouvé qu'elle avait déjà avant son mariage commis un grand nombre d'assassinats. A l'asile d'aliénés on la considérait depuis quelque temps comme une aliénée tranquille, se montrant reconnaissante pour les bons soins qui lui étaient donnés. Elle paraissait s'être spécialement attachée à miss Wicke, à la demande de laquelle elle avait même été admise dans la salle des « aliénées tranquilles ». L'infirmière, s'étant fiancée, préparait son départ. Son mariage devait avoir lieu le samedi. La perte de son infirmière parut causer le plus grand chagrin à Halliday; elle pleura amèrement et supplia miss Wicke de rester. Cela ne servant à rien, elle cria, menaçante : « Ne m'abandonne pas! Je suis une bohémienne et peux lire l'avenir. Si tu t'en vas, cela amènera du sang! » — « Folie, Lizzie, répondit Wicke, j'épouse un homme qui m'aime et je serai heureuse. » Pendant qu'elle parlait, elle ouvrit la porte d'une petite chambre. Avant même que les personnes présentes dans la salle pussent s'en rendre compte, Halliday sauta sur l'infirmière, l'attira violemment dans la chambre dont elle ferma la porte derrière elle. Infirmières et malades se précipitèrent sur la porte, derrière laquelle résonnaient les cris d'appel de l'infirmière et le rire diabolique de la folle. Lorsqu'on parvint enfin après un certain temps à ouvrir la porte, on trouva Halliday souriante dans un coin de la chambre et la pauvre infirmière étendue par terre dans une mare de sang. L'aliénée avait arraché les ciseaux que l'infirmière avait attachés après elle avec une chaîne et en avait frappé la malheureuse de plus de cent coups à la nuque et à la figure. Miss Wicke rendit le dernier soupir au moment même où son futur époux vint pour la chercher. »

## Les aliénés en liberté (*suite*).

68. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 26 juillet 1906) :

Un marchand des quatre saisons, Emile Bouvier, trente-huit ans, rue Championnet, 161, donnait depuis quelque temps des signes évidents de dérangement cérébral. Hier matin, dans un débit de vins de la rue Philippe-de-Girard, il hurlait des chansons obscènes et, entre temps, à chaque refrain, se faisait servir des boissons très alcoolisées, en menaçant l'infortunée débitante de son eustache si elle n'obéissait pas.

On voyait le mal faire en lui des progrès visibles, à la rougeur croissante de son visage et au tremblement de ses mains.

Tout à coup, cet ivrogne s'empara d'une bouteille de marc

©BIUM



et se jeta sur un nouveau venu, M. Victor Genty, 26 ans, découpeur sur métaux, rue de l'Argonne, 27, qu'il frappa d'un terrible coup de bouteille au crâne. L'objet se brisa et les éclats de verre pénétrèrent dans la tête du malheureux, qui fut transporté à l'hôpital Lariboisière dans un état grave.

M. Pontaillier, commissaire de police de la Chapelle, a envoyé Bouvier à l'infirmerie spéciale du dépôt.

69. *Suicide.* — On télégraphie de Rouen au *Journal* (numéro du dimanche 29 juillet 1906) :

Des mariniers ont repêché, ce matin, en Seine, le corps d'un homme élégamment vêtu, sur lequel on a trouvé une montre en or, une somme de 340 francs, divers papiers et une lettre ainsi conçue :

« Je proteste que je ne suis pas un meurtrier et je suis affolé par la pensée qu'il peut y avoir un doute à ce sujet. On m'a désigné à la haine et à la vengeance, et je suis désespéré. »

Au bout de quelques heures, le cadavre a été reconnu. C'est celui d'un riche Parisien, M. Edmond Blaque-Belair, cinquante-trois ans, habitant, croit-on, rue de Naples, et frère de l'agent de change de la rue Laffitte.

Il se trouvait depuis deux mois en villégiature à Rouen.

M. Blaque-Belair n'avait pas reparu depuis mercredi à l'hôtel où il était descendu, et les recherches faites pour le retrouver n'avaient donné aucun résultat.

Le malheureux paraissait neurasthénique, et vraisemblablement c'est à cette maladie qu'il faut attribuer son acte de désespoir.

70. *Excentricités.* — On lit dans le *Journal* (numéro du 13 août 1906) :

Un brave cantonnier de Neuilly, M. Aristide Berger, arrosait paisiblement l'avenue de Neuilly, hier, après-midi, lorsqu'un individu correctement mis, qui regardait depuis quelques minutes les gestes de l'arroseur, se déshabilla en un clin d'œil, et nu comme un ver, se précipita sous le jet de la lance en poussant des cris effroyables.

Des passants scandalisés allèrent quérir deux agents, qui mirent fin à cette scène burlesque, en conduisant au poste de police l'amateur d'hydrothérapie en plein air.

Le fou, Adrien Bouvon, trente-sept ans, employé de commerce, 41, rue Carrel, à Courbevoie, a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Ragaine, commissaire de police de Neuilly.

71. *Agression violente.* — Des coups de feu retentissaient, hier, à une heure du matin, dans la rue de la Jonquière. Les gardiens de la paix du poste de la rue Berzélius accoururent, et, après quelques instants de recherches, découvrirent dans

©BIUM



l'encoignure d'une porte un individu, coiffé d'une chechia, vêtu d'un pantalon large à la zouave, qui brandissait une carabine.

Un passant attardé, M. Maurice Couturier, vingt-deux ans, employé chez un fabricant de couleurs et vernis, 161, rue Championnet, avait été légèrement blessé. Ce ne fut que par ruse que l'on put s'emparer du dément, qui opposait une résistance extraordinaire. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. On ignore totalement son identité. (Le *Journal*, numéro du lundi 13 août 1906).

72. *Agression violente.* — Victorine Joliet, femme d'un employé d'assurances, Prosper Hulot, demeurant rue de la Folie-Méricourt, est une nouvelle victime de cette fâcheuse maladie.

Un accès de folie furieuse s'empara d'elle hier, dans l'après-midi, tandis que son mari sommeillait paisiblement sur son lit. Mais ce fut une crise sans tapage et sans cris.

Dans le cerveau de la démente s'implanta l'envie de crever les yeux du malheureux Prosper. Elle s'empara d'une paire de ciseaux, puis délibérément, se dirigea vers le lit où reposait sa future victime.

Le bruit de ses pas réveilla le dormeur.

Ce fut son salut.

A l'aspect tragique de sa femme, en voyant les ciseaux dont la pointe déjà se dirigeait vers son visage, Prosper eut l'intuition du drame. Rapidement, il se mit sur son séant, et engagea avec la folle une lutte furieuse, tandis qu'il s'égosillait à crier au secours. Fort heureusement, ses appels furent entendus. Des voisins survinrent. Courageusement, ils enfoncèrent la porte et s'emparèrent de la démente, qu'ils remirent aux mains des agents qu'on était allé quérir.

Au commissariat de M. Dumas, où Victorine fut d'abord conduite, elle s'expliqua :

— C'est fort simple, dit-elle. J'avais le dessein de crever les yeux de mon mari, puis de lui faire un trou au milieu du front et d'y visser un œil de verre. Comme cela, Prosper fut devenu cyclope. Cela l'eût évidemment changé, mais j'y eusse pris tant de plaisir!...

Ce raisonnement convainquit le magistrat de l'état d'esprit anormal de l'inculpée, qu'il envoya à l'infirmerie spéciale. (Le *Matin*, numéro du vendredi 13 août 1906).

73. *Triple homicide.* — On télégraphie de Londres au *Matin* (numéro du mardi 14 août 1906) :

Un drame terrible, qui a fait quatre victimes, a eu lieu à South Shields, près de Newcastle. Dans une petite maison habitaient John Bayliss, sa femme, sa mère, son frère Walter et deux bébés, l'un de trois ans et l'autre de vingt mois. La

©BIUM



famille vivait tout à fait tranquille. John Bayliss était policeman; son frère Walter travaillait à l'un des docks sur la rivière. Tous deux, très rangés, apportaient à la maison leur salaire, et jamais le moindre nuage ne troubla le bonheur parfait de cette heureuse famille.

Walter Bayliss avait pris part à la guerre sud-africaine. Il était revenu souffrant, la tête un peu dérangée; mais un court séjour dans une maison de santé avait amené une amélioration sensible. Comme son travail aux docks le retenait la nuit, il rentrait généralement quand son frère partait prendre son service.

Ils se croisèrent, ce matin, vers six heures. John sortait, Walter rentrait. Ils se dirent bonjour joyeusement, et tandis que l'un allait travailler, l'autre se coucha. A midi, il se leva. Sa mère, assise sur le seuil de la porte, l'entendit aller et venir en chantonnant gaiement.

La chanson se tut. Un silence, puis, un coup de feu, un autre, un autre encore. Affolée, soupçonnant un malheur, la pauvre femme courut vers l'appartement. Ses jambes fléchissaient sous elle; elle pouvait à peine avancer. Elle arriva, ouvrit la porte. L'horreur la cloua sur place. Elle entrevit trois corps étendus dans du sang. Ses yeux que l'épouvante fermait lui permirent encore d'apercevoir cette chose terrible : son fils portant à sa tempe le revolver qu'il tenait à la main.

La pauvre femme s'affaisa et perdit connaissance. Cependant, attirés par le bruit des détonations, des voisins accoururent. On soigna la pauvre mère et on releva les cadavres. La jeune femme et les enfants portaient une blessure identique, un trou derrière la tête. Les enfants, après quelques instants d'agonie, rendirent le dernier soupir; leur mère était morte sur le coup. On prévint la police, et un des premiers policemen qui arriva fut... John Bayliss! Il y eut une scène atroce. Une crise subite de folie peut seule expliquer cet horrible drame.

74. *Incendie.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 25 août 1906) :

Une jeune fille de vingt-deux ans qui suivait, depuis deux années, les cours de la Sorbonne avec une ardeur particulière, M^lle^ Marthe Morisseau, habitant chez l'une de ses tantes, rue de la Chapelle, a perdu hier subitement la raison par suite d'excès de travail et de surmenage.

La nuit dernière, alors que dormaient encore les habitants de la maison, un commencement d'incendie se déclara dans la chambre occupée par la jeune étudiante, que l'on aperçut en chemise, dansant et riant aux éclats au milieu des flammes.

M^lle^ Morisseau dut être immédiatement envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt, d'où elle sera dirigée sur un asile d'aliénés.

©BIUM



75. *Agression violente.* — Un camelot, Jules Faveleux, dix-sept ans, dégénéré et alcoolique, qui donnait depuis longtemps des signes évidents de détraquement cérébral, sortit, hier soir, de la chambre qu'il occupe rue d'Aubervilliers descendit l'escalier quatre à quatre et, une fois au milieu de la chaussée, se mit à pousser des cris inarticulés.

Le jeune Georges Châteaux, treize ans, demeurant chez ses parents, 70, boulevard de la Chapelle, qui passait par là, se moqua de l'infortuné dément.

Celui-ci, furieux, sortit un revolver de sa poche et tira un coup de feu dans la direction du garçonnet qu'il atteignit à la cuisse gauche.

Le petit Châteaux a été transporté à l'hôpital Bretonneau où le projectile a pu être extrait aussitôt. Le camelot fou a été envoyé au Dépôt. (Le *Journal*, numéro du dimanche 26 août 1906.)

76. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 27 août 1906) :

Depuis quelques jours de nombreuses lettres de plainte affluaient au commissariat de M. Cœuille, place de Vaugirard. Elles émanaient de divers habitants du quartier, lesquels signalaient au magistrat les agissements singuliers d'une dame X..., domiciliée passage de Dantzig. Cette dame dont la raison semblait fort dérangée, se livrait journellement à des excentricités de toute nature, souvent fort dangereuses.

Devant de semblables dénonciations, une enquête s'imposait. Il était nécessaire qu'elle fût menée avec tact et discrétion. M^me^ X..., femme d'un professeur retraité de l'Université, occupe une situation qui commande certains ménagements. M. Cœuille se résolut donc à s'enquérir en personne de ce qu'il y avait de fondé dans son cas.

Hier matin, il sonnait donc à la porte de M. X..., M^me^ X..., elle-même, vint ouvrir et l'introduisit chez elle. A peine M. Cœuille eut-il décliné sa qualité :

— C'est à merveille, M. le commissaire, dit M^me^ X...; veuillez, je vous prie, attendre ici quelques minutes. Je suis à vous dans un instant.

Elle disparut. Presque aussitôt elle revenait, la main droite tenant un objet dissimulé derrière son dos. Sans mot dire, elle s'approchait de M. Cœuille et, brusquement, braquait sur lui un revolver Browning de fort calibre.

M. Cœuille, comme le coup partait, put heureusement se dérober par une volte rapide. S'élançant sur M^me^ X..., il parvint à lui faire lâcher prise et à la désarmer.

Ceci fait, il ne crut pas nécessaire de poursuivre ses investigations. Sa religion était amplement éclairée, et il n'était que

©BIUM



trop certain que les plaintes des voisins n'avaient rien exagéré.

C'est pourquoi Mme X..., par mesure de prudence, a été, dans la soirée, dirigée sur l'infirmerie spéciale, en attendant son transfert dans une maison de santé.

77. *Septuple assassinat.* — On télégraphie de Varsovie au *Matin* (numéro du samedi 8 septembre 1906) :

A l'hospice des Invalides de Kaharia, près de Varsovie, un vieillard du nom de Tabaczyk, devenu fou furieux, a tué sept personnes à coups de hache.

78. *Homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 9 septembre 1906) :

Yvonne Martin, qui, le 13 avril dernier, avait tué de onze coups de revolver son amant, Armand Binch, à l'auberge du « Canon Rayé », à Saint-Germain-en-Laye, vient d'être internée dans un asile d'aliénés.

Elle donnait en effet, depuis longtemps, des signes non équivoques de folie.

79. *Agression violente.* — On lit dans le *Matin* (numéro du dimanche 9 septembre 1906) :

Un nommé Charles B..., âgé de quatre-vingt-deux ans, ancien combattant de la Commune, deux fois condamné à mort, a été pris hier soir d'un accès de folie furieuse. De la fenêtre de son logis, 112, boulevard de Belleville, il tirait des coups de revolver sur d'imaginaires ennemis. On dut l'envoyer à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

80. *Agression violente.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 12 septembre 1906) :

Pris d'une crise de folie, Georges Brick, voyageur de commerce, demeurant dans un hôtel de la rue de Dunkerque, s'installa, hier matin, sur la toiture de l'immeuble, d'où il fit pleuvoir, sur les passants, les briques des cheminées qu'il s'amusait à démolir. Les pompiers de la caserne Château-Landon, requis pour capturer le malheureux, le remirent aux mains des agents qui le conduisirent à l'infirmerie spéciale.

81. *Tentative de suicide et d'homicide.* — Un maçon, Gustave Blondel, vingt-cinq ans, rue Vandrezanne, 16, se présentait, hier après-midi, complètement ivre, dans le chantier d'un immeuble en construction, rue Bobillot, et proférait de violentes menaces à l'adresse des ouvriers qui y travaillaient.

Ceux-ci, excédés, allèrent quérir des gardiens de la paix. Gustave Blondel fut conduit au poste. Là, tandis qu'on le fouillait, pris, soudain, d'un formidable accès de « delirium tremens », l'ivrogne tira un couteau de sa poche et se le plongea dans la poitrine. Puis, comme on tentait de lui arracher l'arme des mains, il essaya d'en frapper les agents. Ces derniers eurent toutes les peines du monde à maîtriser le forcené qui,

©BIUM



d'un coup de pied, venait de blesser sérieusement à la jambe droite le sympathique secrétaire du commissariat, M. Bénin.

Gustave Blondel fut transporté à l'hôpital Cochin, mais là, également, l'accès n'étant pas terminé, on dut, pour panser sa blessure, lui mettre la camisole de force.

M. Pélatan, commissaire de police, a ouvert une enquête. (Le *Journal*, numéro du vendredi 14 septembre 1906.)

82. *Suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 17 septembre 1906) :

M. Chabert, propriétaire, 126, rue de Flandre, s'est présenté, ce matin, à la première heure, chez M. Buchotte, commissaire de police du quartier du Pont-de-Flandre, et l'a informé que son beau-frère, M. Jules Dureux, âgé de cinquante-trois ans, sculpteur, demeurant avec lui et sorti depuis deux jours à peine de l'asile de Ville-Evrard, s'était suicidé, dans le courant de la nuit, en se jetant par la fenêtre de sa chambre située au cinquième étage, dans la cour bitumée de sa maison, où il a été relevé dans un état désespéré.

Une enquête a été aussitôt ouverte.

83. *Homicide.* — Amateur de divertissements forains, Léonie Tullot, couturière, rue de la Chapelle, se promenait hier après-midi, avec plusieurs de ses amies, à la fête du boulevard de la Chapelle, lorsqu'elle aperçut un individu qui se livrait au milieu de la chaussée, à mille excentricités.

Aussitôt elle le désigna à ses camarades. Et toutes de partir d'un grand éclat de rire à la vue de ces folies.

Mais l'homme s'était immédiatement retourné vers elles.

Au comble de l'exaspération, il sortit un revolver de sa poche. Il tira d'abord cinq coups de feu en l'air, puis, abaissant brusquement l'arme, il visa Léonie, qu'il atteignit à la poitrine. Pendant qu'on transportait la blessée à l'hôpital Lariboisière, le dangereux personnage, capturé non sans résistance, était conduit au commissariat.

En le fouillant, on trouva des papiers au nom de Joseph Lacoste, cinquante ans, journalier, mais sans indication de domicile.

Comme il fut impossible d'obtenir de lui aucun renseignement complémentaire, on le dirigea sur l'infirmerie spéciale. (Le *Matin*, numéro du lundi 17 septembre 1906.)

84. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans l'*Écho de Paris* (numéro du lundi 17 septembre 1906) :

M^lle^ Louise Pullot, couturière, âgée de vingt-deux ans, demeurant rue de la Chapelle, se trouvait hier, après-midi, assise sur un banc du square de la place de la Chapelle, lorsque son attention fut attirée par les allures étranges d'un individu installé sur une chaise, non loin d'elle. Avec sa canne, l'inconnu

©BIUM



traçait sur le sable de l'allée d'étranges dessins. Tout à coup, il se leva et, tirant un revolver de sa poche, fit feu par deux fois sur M^lle^ Pullot, qu'il blessa d'une balle au bras gauche.

Aux cris poussés par la couturière, un garde du square accourut et, non sans peine, parvint à désarmer l'homme, qui fut conduit au commissariat de M. Pontaillier.

C'est un nommé Joseph Lacotte, âgé de vingt-deux ans, sans domicile connu, qui venait d'être pris d'une crise de folie provoquée par de nombreuses stations dans divers bars du quartier.

Lacotte a été dirigé sur l'infirmerie du Dépôt et sa victime transportée à l'hôpital Lariboisière.

85. *Suicide.* — Dans un accès de neurasthénie, un sculpteur, M. Jules Dureux, âgé de cinquante-trois ans, demeurant rue de Flandre, 126, a enjambé la barre d'appui de sa fenêtre, au cinquième étage, et s'est précipité dans le vide. La mort a été instantanée. (Le *Journal*, numéro du lundi 17 septembre 1906.)

86. *Suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 17 septembre 1906) :

M^me^ Marcelle Pednan, quarante et un ans, couturière, s'est jetée de la fenêtre du deuxième étage de son logement, situé rue Étienne-Marcel, à Montreuil-sous-Bois. La malheureuse, grièvement blessée à la base du crâne, a été transportée dans un état des plus graves à l'hôpital Saint-Antoine : elle était neurasthénique.

87. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 24 septembre 1906) :

Il était sept heures du matin quand un homme paraissant fort surexcité se présentait dans une pharmacie du boulevard Sébastopol et demandait une certaine dose de cyanure de potassium qui lui fut refusée avec obstination.

— Nous n'en tenons pas, avait répondu le garçon de l'apothicaire, très émotionné par l'allure du client.

Ce dernier, furieux, s'en fut alors dans le square des Arts-et-Métiers, retira ses souliers et ses chaussettes, et prit un bain de pieds dans l'un des bassins.

Après quoi, il se rechaussa, fit quatre fois le tour du square, puis, soudain, tirant de sa poche un révolver de fort calibre, il tira, sans viser, trois balles dans la direction de la pharmacie où on lui avait refusé du cyanure. Les trois projectiles éraflèrent quelque peu trois inoffensifs passants.

Au bruit des détonations, deux gardiens de la paix et l'inspecteur Leroy, du commissariat de police de la rue Notre-Dame-de-Nazareth, se précipitèrent sur le délinquant. Alors, celui-ci d'un ton grave, leur dit :

— Allez me chercher le général commandant le 8^e^ corps

©BIUM



d armée! Qu'on me l'amène! Sans quoi, je vais prévenir le ministre de la Guerre!

On eut toutes les peines du monde à conduire l'aliéné chez M. d'Homme, commissaire de police.

Après un interrogatoire des plus pénibles, on finit par savoir l'identité de cet individu, qui se nomme Camille Salson, cuisinier, âgé de quarante ans, demeurant rue des Poissonniers.

Sous prétexte de le présenter au commandant du 8e corps, qu'il réclamait, les agents ont conduit Salson à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

88. *Incendie.* — On lit dans le *Bourguignon*, d'Auxerre (numéro du mardi 25 septembre 1906) :

Une femme Hardy-Rougelin a mis le feu chez elle à Saint-Jean-de-Bonneval (Aube), espérant faire porter les soupçons sur des voisins avec lesquels elle est fâchée.

Vers sept heures du soir, elle alla dans sa grange, alluma une poignée de paille à une bougie et s'enfuit, mais ayant fait une cinquantaine de pas, elle se souvint que ses enfants étaient couchés dans leur berceau; elle revint en toute hâte, et bien que tous les bâtiments fussent déjà embrasés, elle pénétra dans la maison et parvint à sauver les deux pauvres petits.

Cette scène n'avait eu aucun témoin et cependant ce fut sur elle que les premiers soupçons se portèrent. Interrogée adroitement, elle ne tarda pas à entrer dans la voie des aveux et à faire le récit que nous venons de retracer, ajoutant qu'elle ne savait pas ce qui l'avait poussée à commettre son acte criminel.

Mme Hardy, née Berthe Rougelin, est âgée de vingt-neuf ans. Elle est originaire de Saint-Phal et sœur de Rougelin qui, arrêté pour viol et assassinat d'une gardeuse d'oies à Saint-Phal, est mort à la prison de Troyes avant sa comparution devant la Cour d'assisses de l'Aube. Ainsi que son frère, elle passe pour une déséquilibrée.

Internée à la prison de Bouilly, elle a été mise en observation afin de déterminer la part de responsabilité, qu'en raison de son état mental, cette malheureuse peut avoir.

89. *Tentative de suicide.* — On lit dans le *Bourguignon* (numéro du mercredi 3 octobre 1906) :

Nos lecteurs se souviennent du soldat Tchanz, du 4e de ligne, qui tenta de se tuer au cours de différentes crises alcooliques.

Soigné à l'hôpital pour les blessures qu'il s'était faites au ventre avec un couteau, Tchanz, guéri physiquement, vient de quitter cet établissement pour l'Asile départemental d'aliénés où on essaiera de le guérir moralement.

90. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 2 octobre 1906) :

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Léon Bernier, arrivait

©BIUM



avant-hier à Mantes pour passer, comme de coutume, la journée du dimanche chez ses parents. Il trouva chez eux une lettre qui leur était adressée. Après l'avoir lue, il monta dans sa chambre tout agité, et quelques instants après, une détonation retentissait. Bernier venait de se tirer un coup de revolver. Mais le coup mal dirigé ne l'avait pas atteint. On accourut au bruit et on désarma le désespéré.

On le croyait apaisé, quand hier Léon Bernier remonta dans sa chambre, se barricada, et armé d'une carabine, se mit à faire feu sur les promeneurs, très nombreux sur l'avenue de la République.

On établit un barrage pour arrêter les automobiles au delà et en deçà de l'avenue. Le brigadier de gendarmerie Joyeux et le gendarme Féron, se faufilant entre les arbres de l'avenue, parvinrent auprès de la maison après avoir essuyé de nombreux coups de feu. Aidés de M. Louis Vivet et de M. Paris, président de la Fédération des mécaniciens de France, ils parvinrent avec une échelle, à se rendre maîtres du malheureux dément, qu'ils ligottèrent. Léon Bernier n'avait pas tiré moins de 200 coups de feu qui, par une chance incroyable, n'avaient atteint personne.

Résumé. — Nous avons recueilli dans les *Annales* de l'année 1906, 90 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités; le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides, fournissent un sérieux contingent ainsi que le montre le tableau statistique suivant :

| | |
|---|---|
| Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort | 28 |
| Suicides et tentatives de suicide | 24 |
| Homicides et suicides | 18 |
| Homicides | 13 |
| Excentricités | 4 |
| Incendies | 3 |
| Total | 90 |

Ainsi sur 90 cas relevés, il y a eu 31 homicides — plus du tiers, — dont 18 ont été suivis du suicide de l'aliéné, après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des actes d'agression violente, etc. (au nombre de 28), ainsi que des trois incendies. Ce qui importe surtout, c'est de compter le nombre

©BIUM



des victimes faites par ces 90 cas d'aliénés en liberté. Il y a eu :

| | |
|---|---|
| Tués | 32 |
| Blessés grièvement | 31 |
| Morts par suicide | 24 |
| Total | 87 |

Ainsi notre statistique — bien incomplète, personne n'en doute — donne 32 personnes tuées par des aliénés en liberté, 31 blessées grièvement, dont plusieurs ont succombé ultérieurement à leurs blessures; enfin, 24 aliénés se sont suicidés, dont plusieurs après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où les malades ont fait plusieurs victimes ; ainsi il en est qui ont fait deux, trois victimes; une mère a tué ses trois enfants, un individu a tué sept personnes, etc.

Comme toujours la plupart de ces crimes ont été commis par des aliénés qui depuis longtemps présentaient des troubles mentaux, et que la plus simple prudence aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou même s'en étaient évadés. A. R.

## LA FOLIE DE L'EMPEREUR D'ANNAM

Depuis quelque temps les bruits les plus étranges couraient sur le compte de l'empereur d'Annam; on racontait que ce jeune souverain, devenu fou, commettait impunément les crimes les plus atroces. Il paraît qu'on n'exagérait pas, si on en croit l'article suivant que nous empruntons au *Temps* (numéro du jeudi 18 octobre 1906) :

« M. Georges Leygues, ministre des colonies, a annoncé hier au conseil des ministres que le résident supérieur de Hué avait pris la décision, approuvée par lui, de consigner l'empereur d'Annam, Thon Thaï, dans son palais.

« Successeur de Dong Khan, mort subitement en 1889, peut-être empoisonné par son entourage, et dont les hautes qualités avaient frappé tous les Européens qui l'entouraient, Thon Thaï fut bientôt atteint de démence sadique très caractérisée.

« D'après le cérémonial de la cour d'Annam, les souverains ne peuvent être servis que par des femmes ; ils ont un très grand nombre d'épouses, de concubines et de servantes. Plusieurs, il y a déjà quelques années, moururent victimes de la fureur délirante de l'empereur. Il les suspendait aux murailles par des

©BIUM



crocs plantés dans leurs chairs, leur faisait taillader le corps par ses eunuques à coups de couteau et en fit plonger quelques-unes, plusieurs jours durant, dans l'eau froide, « pour voir combien de temps elles pourraient survivre ». Ce sont là les faits qui se peuvent décemment raconter. Il y en a d'autres.

« On prit le parti de le faire garder à vue dans ses appartements. Toutefois, dans ces dernières années, il avait paru presque guéri. La surveillance se relâcha. On se souvient qu'il a même été appelé cette année à Hanoï par M. Beau. Mais récemment il a été repris de manie homicide : il y a deux mois, il a fait périr, dit-on, deux de ses sœurs qui refusaient de se livrer à lui et a tiré un coup de revolver sur un de ses ministres.

« A la suite de cette crise il a été de nouveau interné dans une des ailes de son palais. Le *comat*, c'est-à-dire le conseil des ministres indigènes, avait proposé dès l'an dernier de le déposer et de faire monter sur le trône un de ses frères. C'est à cette solution que M. Leygues s'arrêtera si l'empereur ne revient pas prochainement à la raison. En tout état de cause, l'Annam est un protectorat, et il serait aussi impolitique que contraire aux traités de le soumettre comme le Tonkin et la Cochinchine à l'administration directe. L'Indo-Chine se trouve en ce moment dans des circonstances telles que loin de réduire encore ce qui reste de l'organisation indigène, il faudrait lui donner quelque lustre et quelque autorité.

« D'autre part, les journaux d'Extrême-Orient arrivés ce matin à Marseille par le *Polynésien* nous apportent sur les actes de cruauté de l'empereur d'Annam les récits suivants :

« Thon Thaï aurait tué une de ses femmes, et, après l'avoir fait cuire, l'aurait donnée en repas à son entourage, forçant ses gens à manger de cette chair sous peine de mort. D'autres concubines ont été tenaillées, brûlées avec de l'huile bouillante, torturées de cent façons avec un raffinement de cruauté inconcevable. Un vieillard aurait été abattu à coups de revolver par le souverain.

« Il y a quelque temps une tigresse fut isolée avec ses deux petits déjà forts et le mandarin de l'endroit fit aviser le roi afin que, suivant l'usage, il pût mettre les bêtes à mort ou en disposer suivant sa convenance. Le roi ordonna alors au mandarin de désigner un homme qui combattrait les fauves. Se retranchant derrière les prescriptions données par les autorités françaises, le mandarin refusa d'obtempérer aux ordres de son souverain. Thon Thaï tua la tigresse d'une balle et ordonna de porter les jeunes tigres au palais où une enceinte fut établie. Une femme nue fut placée dans l'enceinte et devint la proie des fauves. D'autres malheureuses furent ligotées à des

©BIUM



poteaux, puis le royal persécuteur tira à l'arc sur cette cible humaine.

« Le *Courrier saïgonnais* ajoute qu'on a licencié, au palais royal de Hué, la compagnie des linhs du roi, composée en totalité de membres de la famille royale ; leur armement, composé de 100 fusils et 11.000 cartouches, a été saisi, un garde principal a été placé au palais avec 150 hommes de la garde indigène. On a fait sortir de son palais une centaine de femmes qui, presque toutes, portaient des marques de tortures que leur avait infligées leur cruel maître. Les unes avaient la figure balafrée ; d'autres avaient eu la langue broyée ou mise en sang ; d'autres avaient été suspendues par des pinces qui les serraient entre les jambes.

« Le docteur Dumas, qui a examiné l'empereur, a conclu dans un long rapport, très documenté, à la non-responsabilité de Thon-Thaï. »

## FAITS DIVERS

*L'Alcoolisme à Munich.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 1er septembre 1906) :

Le médecin en chef de la clinique des aliénés à Munich, le conseiller professeur Dr Kraepelin, vient de publier, dans la *Revue médicale de Munich*, un article sur l'alcoolisme à Munich. Le savant a constaté chez 40 p. 100 de ses patients que leur maladie était due à la consommation de l'alcool ; mais il insiste sur ce fait que c'est surtout la consommation exagérée de la bière qui fait tant de victimes. Sur 1.373 malades, traités en 1905, 253 hommes et 30 femmes sont devenus fous par suite d'excès alcooliques. Parmi les épileptiques, 65 p. 100 d'hommes et 28 1/2 p. 100 de femmes étaient des buveurs.

*Prohibition du commerce de l'opium en Chine.* — Un télégramme de Shanghaï dit qu'un édit publié hier à Pékin prohibe la consommation de l'opium, tant étranger qu'indigène, dont l'emploi devra avoir cessé d'ici à dix ans.

L'édit condamne l'usage de l'opium en termes vigoureux et ordonne au Conseil d'Etat d'élaborer des règlements destinés à empêcher la culture du pavot et la vente de l'opium.

Cette mesure gouvernementale est très importante, d'abord à cause de ses résultats bienfaisants pour la santé publique en Chine, et ensuite en raison des intérêts considérables engagés dans le commerce de l'opium. L'Inde anglaise fournit la presque totalité de l'importation de l'opium en Chine, qui se monte à 2 millions et demi de kilogrammes. Ce commerce rapportait,

©BIUM



au cours de ces dix dernières années, une moyenne de 100 millions de francs au gouvernement de l'Inde.

Si le télégramme de Shanghaï est exact, c'est un très grave coup porté aux Indes, et l'on se souvient que l'expédition de Chine de 1840 fut motivée précisément par ce fait qu'à cette époque le gouvernement chinois avait tenté de proscrire l'opium fourni par les colonies anglaises. (Le *Temps* numéro du dimanche 23 septembre 1906.)

*L'interdiction de l'absinthe dans le canton de Vaud.* — Le corps électoral du canton de Vaud était appelé hier à se prononcer sur la suppression ou le maintien de la loi cantonale interdisant la vente au détail de l'absinthe sur le territoire du canton. L'interdiction est maintenue par 22.530 oui contre 15.676 non.

Rappelons que cette loi prohibitive a été votée le 15 mai dernier par le Grand-Conseil du canton de Vaud, à la suite d'une pétition qui s'était couverte de 84.000 signatures, dont 25.000 électeurs — plus du tiers du total. Le crime commis à Commugny par un absinthique qui avait tué sa femme et ses deux enfants, ne fut pas étranger à ce mouvement, que vint encore appuyer une statistique terrifiante de la consommation de l'absinthe dans le canton de Vaud : 270.000 litres par an pour une population de moins de 300.000 âmes et, ce qui est à remarquer, dans une région essentiellement viticole.

Le vote de dimanche aura une répercussion considérable en dehors même du canton de Vaud. Il s'est formé, en effet, dans toute la Suisse, des Comités pour organiser la lutte contre l'absinthe sur le terrain fédéral, et on signe depuis quelques semaines une initiative portant revision de la Constitution fédérale dans le sens d'une interdiction absolue de la fabrication, de l'importation, du transport, de la vente et de la détention de l'absinthe. Le succès de cette initiative paraît assuré. (Le *Temps*, numéro du mardi 25 septembre 1906.)

## PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

### ANNÉE 1907

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

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.

©BIUM



PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

PRIX SEMALAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif.*

ANNÉE 1908

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 AUBANEL. — 1.200 francs. — Question : *Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1906, pour les prix à décerner en 1907, et le 31 décembre 1907 pour les prix à décerner en 1908, 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.

©BIUM

# TABLE DES MATIÈRES

## CONTENUES DANS LE IVe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

## PREMIÈRE PARTIE

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

PAGES

Eloge de Jules Falret; par M. le Dr Ant. Ritti. . . . . 177

**I. — Chronique.**

Le XVIe Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Lille; août 1906; par le Dr A. Giraud . . . . . 227

**II. — Psychologie morbide.**

Françoise Fontaine, possédée de Louviers (1591); par le Dr Paul Provotelle. . . . . 353
Anomalies observées dans les rapports sociaux; par Al. Babel, de Berne. . . . . 369

**III. — Pathologie.**

Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse; par le Dr Magalhaes Lemos . . . . . 5
Les incendiaires (*suite et fin*); par le Dr Gimbal. . . . . 32
La psychose maniaque-dépressive; par le Dr Franco de Rocha. . 250
Sur un cas de délire collectif où figure un paralytique général; par le Dr de Clérambault. . . . . 378
Diagnostic différentiel des troubles cérébraux d'origine toxique dus à l'alcool et au tabac et de la paralysie générale, d'après les symptômes oculaires; par les Drs A. Rodiet et F. Cans. . . 408

**IV. — Établissements d'aliénés.**

Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements; par le Dr A. Adam. 45, 263 et 421

©BIUM



## V. — Revue critique.

PAGES

Documents d'outre-mer. La Maison de réforme d'Elmira de l'Etat de New-York ; par le Dr A. Cullerre . . . . . 66
Types mongol de l'idiotie ; par le professeur P. Kovalewsky. . . 431

# DEUXIÈME PARTIE

### REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

## I. — Société médico-psychologique.

*Séance du* 30 *avril* 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Deny, Page, Luigi Cappelletti, Legrain, Erwin Stransky, Marcel Briand. — Délire mystique causé par les pratiques du magnétiseur Philippe, par M. Paul Duhem. — Troubles mentaux consécutifs à un accident de travail. Rôle du médecin d'asile, par MM. Vigouroux et Delmas. Discussion : MM. Vallon, Vigouroux, Giraud, Briand. . . . . 78
*Séance du* 28 *mai* 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dromard, Boulenger, Ruggiero Lambranzi, Julio de Mattos, Mœbius, Nina-Rodrigues. — Mort de MM. Lapointe et Godfernaux : M. Marcel Briand. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Luigi Cappelletti, élection. — Délire d'interprétation et paranoïa, par MM. G. Deny et Paul Camus. Discussion : MM. Vallon, Deny, Pactet, Arnaud, Toulouse, Dupré, Kéraval . . . . . 92
*Séance solennelle du* 25 *juin* 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages, MM. Motet, Semelaigne, Capelletti, Moreau (de Tours) fils. — Rapport de la Commission du prix Esquirol, par M. Colin. — Rapport de la commission du prix Aubanel, par M. Lwoff. — Eloge de Jules Falret, par M. Ant. Ritti.. . 273
*Banquet de la Société médico-psychologique.* — Hommage à M. Ritti. — Discours de MM. Briand, Motet, Vallon, Christian, Ritti. . . 283
*Séance du* 23 *juillet* 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Legras, Moreau (de Tours), Briand. — Rapport de M. Moreau (de Tours), sur la candidature de M. Ruggieri Lambranzi ; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Boulenger ; élection. — La phraséologie chez certains dégénérés, par MM. Lucien Wahl et Maurice Rollet. — Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie, par MM. G. Doutrebente et L. Marchand . . . . . 294

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1905).

(Anal. par le Dr GEORGES VERNET).

L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines. Le prognathisme inférieur. . . . . 108
Névroses de l'enfance et problèmes d'éducation . . . . . 111

## JOURNAUX ITALIENS (1902-1903).

(Anal. par les Drs E. NICOULAU, TATY et WAHL).


PAGES

Genèse et nosographie de la paralysie progressive . . . . . 112
Atrophies cérébrales expérimentales . . . . . 112
Méthodes pour l'éducation des déments et critériums de l'éducabilité . . . . . 113
La voie pyramido-lemniscale . . . . . 114
Un cas d'œdème hystérique à disposition segmentaire . . . . . 115
Le tracé ergographique chez les épileptiques et les sujets normaux. 115
Le centre cortical de la vision . . . . . 116
Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du diabète traumatique . . . . . 117
Recherches expérimentales et histologiques sur les ventricules cérébraux . . . . . 117
Le développement de la cellule nerveuse dans la moelle de poulet. 118
Sur quelques détails de structure des cellules des ganglions spinaux de l'homme . . . . . 118
Impressions d'une visite rapide à quelques asiles de l'Ecosse . . . 118
Un cas rare d'amnésie hystérique totale avec perte de la personnalité primitive . . . . . 119
Contribution à la chirurgie cérébrale . . . . . 119
L'état mental d'Emile Zola . . . . . 120
Recherches expérimentales sur le rétrécissement de la pupille à la convergence dans les mouvements latéraux et à la convergence des globes . . . . . 120
Sur les troubles de l'orientation topographique . . . . . 121
Psychopathologie des néologismes. Une famille de néologistes . . 121
L'écriture mirée . . . . . 315
La simulation de la folie . . . . . 316
Les facteurs biologiques, de l'individualité somato-psychique criminelle, dans leur intrication avec les autres agents physiques et sociaux . . . . . 317
La nomenclature en psychiatrie . . . . . 321
Résistance électrique et contraction musculaire avant et après l'attaque d'épilepsie . . . . . 321
Les criminels et l'anomalie fondamentale du caractère . . . . . 322
La neuronophagie . . . . . 323
Un cas d'hallucinations unilatérales . . . . . 324
Recherches de psychothérapie manicomiale . . . . . 325
L'étude des individualités psychologiques humaines. La psychoanthropologie et sa méthode . . . . . 326
La criminalité chez les fous . . . . . 326
Criminels cubains . . . . . 441
Psychologie d'une uxoricide tribade . . . . . 441
Amours anormaux chez les animaux domestiques . . . . . 442
La lutte contre la dégénérescence . . . . . 442
Fossette occipitale médiane . . . . . 443
Sur le vermis hypertrophique, la fossette occipitale médiane chez les normaux, les aliénés et les délinquants . . . . . 443
Le libre arbitre nié par les fauteurs du libre arbitre . . . . . 444
Classification subjective des infractions . . . . . 444
Un lecteur de pensées . . . . . 445
Sur quelques mouvements particuliers propres au scrotum . . . . 445
Influence embryogénétique dans la différenciation des races . . . 446
Un vagabond . . . . . 446
Procès de Syndon, assassin criminaloïde . . . . . 446

©BIUM



PAGES

Prostitution et prostituées en Sicile . . . . . 447
La criminalité chez les écrivains de la Grèce antique . . . . . 447
Contribution à l'étude du tourbillon des cheveux . . . . . 448
Spasmes rythmiques des muscles du cou de nature hystérique. . . 448
Réforme judiciaire. Libération conditionnelle. Sanatoria pour alcooliques. Réparation des erreurs judiciaires . . . . . 449
Races et criminalité en Italie. . . . . 450
Cas de polymastie et de pleiomazie chez des individus de sexe masculin . . . . . 450
Criminels chiliens . . . . . 450
Homicide épileptique. Rapport médico-légal . . . . . 451
Type du fou moral. . . . . 451
Etrange perversité sexuelle. . . . . 452
Malades, médecins et charlatans en Abyssinie. . . . . 452
Augmentation de l'excitabilité corticale et phénomènes de l'épilepsie provoqués par les réactifs décalcifiants . . . . . 453
L.-N. Tolstoï. . . . . 453
Cas d'ophtalmoplégie asthénique. . . . . 454
Sortilèges d'autrefois et sortilèges d'aujourd'hui. . . . . 454
Maison hantée. . . . . 455
Thomas Hobbes . . . . . 455
Sur les altérations des fibres nerveuses spéciales et des ganglions intervertébraux dans quelques formes de psychoses chroniques. 456
Sur le vertige galvanique. . . . . 456
Pathogenèse du goître exophtalmique . . . . . 457
Comment se modifient les réactions pupillaires de l'atropine à la suite d'un usage prolongé de la substance. . . . . 457
Supériorité intellectuelle et fonction génésique . . . . . 457
Sur la fossette occipitale médiane . . . . . 458
Tempérament fou héréditaire . . . . . 458
Fou moral simulant la démence et l'aphasie . . . . . 458
Le lobule auriculaire au point de vue anthropologique. . . . . 459
Origines de Ninco Nanco. . . . . 459
Le champ de la vision distincte des formes dans quelques maladies nerveuses et mentales. . . . . 460
Névrose traumatique ou névrose terrifique. . . . . 460
Quelques données expérimentales sur l'influence de l'excitation sexuelle sur l'effort musculaire . . . . . 461
Phénomènes médianiques chez Eusapia Paladino . . . . . 462
Sur la toxicité du maïs envahi par le *Penicillium glaucum* . . . . 462
Un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin. . . . . 463
Le signe de Babinski. . . . . 463
Diagnostic préventif de la criminalité. . . . . 463
Causes probables de la basse stature en Italie. . . . . 464
Cas pratiques de médecine légale . . . . . 464
Imbécile épileptique . . . . . 465
Les signes physiques de dégénérescence. . . . . 466
Etude sur la polynévrite tuberculeuse . . . . . 466
Nature et signification des lésions histologiques dans les cicatrices rabiques de l'homme. . . . . 467
A propos de l'éreutophobie. . . . . 467
Gliome bilatéral du noyau lenticulaire et myotonie . . . . . 467
L'origine affective des délires paranoïques dans la littérature allemande. . . . . 468
Sur le temps de réaction aux excitations électro-cutanées d'intensité progressivement croissante. . . . . 468
Contribution clinique et critique à l'étude de la catatonie . . . . 469

©BIUM



## JOURNAUX ANGLAIS (1904).

(Anal. par le Dr Victor Parant fils.)

PAGES

Les effets moraux et mentaux de la guerre sud-africaine (1899-1902) sur le peuple britannique . . . 469
Du rapport des symptômes mentaux aux maladies somatiques et spécialement de leur traitement en dehors des asiles d'aliénés . . 470
Imbécillité mongolienne . . . 471
Courte histoire de l'hôpital Saint-Luc . . . 471
Causerie sur Gheel . . . 472
Les rapports des salaires à la folie et au crime dans les Galles du Sud . . . 472
Les prodromes des psychoses et leur signification . . . 472
La psychologie de Jane Cakebread . . . 473
Les obsessions . . . 473
L'usage des cartes de garantie dans les asiles . . . 474
Sur l'usage expérimental des antisérums dans la folie aiguë . . . 474
Le trypanosome de la maladie dn sommeil . . . 474
Note sur la folie des adolescents dans le Dorset . . . 475
Les rapports de l'hystérie et de la folie . . . 475
Description d'une annexe à l'hôpital de Cheadle . . . 475
Misère . . . 475
Examen quantitatif et qualitatif des leucocytes dans diverses formes de maladie mentale . . . 476
Note statistique sur les causes sociales de l'alcoolisme . . . 477
Traumatisme et paralysie générale . . . 477
Paralysie générale et crime . . . 478
Quelques renseignements sur l'enregistrement des *nurses* et le projet de loi sur l'enregistrement des *nurses* au point de vue des *nurses* d'asiles . . . 478
Le soin des aliénés sans amis à la sortie des asiles et la procédure écossaise des sorties d'essai . . . 479
De la nécessité de l'assistance familiale pour les aliénés en Irlande . 479
Nécesssité de soigner les faibles d'esprit dans la première et la seconde enfance . . . 479
Sur la paranoïa . . . 480
La psychologie de l'hallucination . . . 481
Etudes histologiques sur la localisation des fonctions cérébrales . . 481
Le traitement éducatif des jeunes épileptiques . . . 482
Les tables statistiques . . . 483

## JOURNAUX AMÉRICAINS (1903-1904)

(Anal. par le Dr V. Parant.)

Les dermatoses chez les aliénés . . . 483
Contribution à l'étude du sang dans la folie maniaque-dépressive . 483
Le délire hallucinatoire de l'alcoolisme aigu . . . 484
La folie puerpérale . . . 484
Le soin des aliénés . . . 485
La vie sous la tente pour les aliénés . . . 485
De l'exercice régulier et systématique au grand air pour les déments . 485
Discours présidentiel . . . 485
Folie traumatique . . . 486
Résultats de chirurgie cérébrale dans l'épilepsie et l'imbécillité . . 486
Considérations sur l'hérédité comme facteur de l'épilepsie . . . 486
Le développement de la folie en Californie . . . 487
Asiles spéciaux pour aliénés criminels . . . 487
Anatomie pathologique du délire aigu . . . 487

©BIUM



PAGES

De la recherche des aliénés dans les institutions pénales, comme moyen de diminuer le crime. . . . . 488
De l'organisation du corps des médecins assistants. . . . . 488
Particularités anatomiques et variétés cliniques de la folie traumatique . . . . . 488
Guérison apparente d'un délire de persécution. . . . . 489
Sur les tumeurs malignes chez les aliénés . . . . . 489
Etat actuel de la paranoïa . . . . . 489
La psychose de Korsakoff. Quatre observations. . . . . 489
Démence paranoïde. . . . . 490
Le développement de la folie en rapport avec la civilisation. . . 490
Le sang dans l'épilepsie. Expériences sur les animaux. . . . . 490
Est-ce un paranoïaque? . . . . . 490
Etude chimique du liquide cérébro-spinal dans diverses maladies mentales . . . . . 491
Démence précoce. Autopsie. . . . . 491
Chorée délirante. Autopsie. . . . . 491
Syphilis du système nerveux, prédominance d'amnésie. Autopsie. 492
Médecine légale d'un cas d'empoisonnement d'un puits; nécessité de l'observation régulière dans un asile. . . . . 492
La pression du sang chez les aliénés. . . . . 493
Astasie-abasie et épilepsie. . . . . 493
De l'état épileptique. . . . . 493
Influence de leur genre de vie dans l'asile sur le sang des aliénés. 493
Hydrothérapeutique . . . . . 493
De l'utilité de mettre fin à la disparité qui existe entre les infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés et ceux des hôpitaux ordinaires . . . . . 493
Quelques remarques sur les quartiers d'observation pour les aliénés dans les hôpitaux ordinaires. . . . . 494
L'état mental dans le crétinisme . . . . . 494
Les types de folie alcoolique. . . . . 494
Cas de folie morale. Empoisonnements et incendies . . . . . 495

## III. — Bibliographie.

L'assistance familiale des déshérités; par les Drs Meeus et Ghys (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . . 122
Rapport sur les enfants anormaux; par le Dr Wahl (Anal. par le Dr Vernet) . . . . . 128
Considérations sur la physiologie pathologique et sur la théorie du tic; par le Dr Siccardi (Anal. par le Dr Wahl). . . . . 129
Une famille choréique; par le Dr Ant. d'Ormea (Anal. par le Dr L. Wahl) . . . . . 130
Sur la manière d'examiner un aliéné; par le Dr G. Peli (Anal. par le Dr L. Wahl). . . . . 130
La cavité glénoïde de l'os temporal chez les normaux, les aliénés et les criminels; par le Dr G. Peli (Anal. par le Dr L. Wahl) . . . . . 131
Des troubles pupillaires dans les maladies nerveuses et mentales; par le Dr Bumke (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). . . . . 132
Folie gravidique; par les Drs E. Canton et J. Ingegnieros (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . . 329
Hystéro-épilepsie provoquée par le spiritisme; par le Dr Julius Donath (Anal. par le Dr Nicoulau). . . . . 331
De la responsabilité criminelle; par le Dr Ch. Mercier (Anal. par le Dr Cullerre). . . . . 333
Le bon mot et ses rapports avec l'inconscient; par le professeur Sigm. Freud, de Vienne (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) . . 496

©BIUM



PAGES

L'épilepsie au point de vue du droit; par Livio Pugliese (Anal. par le Dr R. Charon). . . . . 499

Les formes palpables du corps humain et leur palpation méthodique; par le Dr Toby Cohn (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) . . . 501

Quelques formes de folie alcoolique, spécialement au point de vue médico-légal; par le Dr Charles K. Mills (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . . 502

Morphinomanie, cocaïnomanie, narcomanie en général, et de quelques-unes de leur conséquences légales; par le Dr Charles K. Mills (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . . 503

Manifestations nerveuses et mentales dans la période prodromique de l'anémie pernicieuse; par le Dr F.-E. Langdon (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . . 504

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 30 avril 1906 . . . . . 138

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 133, 334 et 504

## IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Thivet, Daujean, Charuel, Dromard, Ducos, Charpentier, Halberstadt, Levassort, Damaye, Ameline, Capgras, Gimbal, Masselon, Mercier, Vernet, Lépine, Tissot, Biéry, Journiac, Cornu, Bourdin, Lwoff, Coulonjou, Dupouy. — Séance solennelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Nécrologie : Dr Lapointe. — Circulaires ministérielles sur l'application de la loi du 30 juin 1838. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — La lutte contre l'abus de l'alcool dans les colonies françaises. — Faits divers. — Programme des travaux et excursions du XVIe Congrès annuel des aliénistes et neurologistes. Session de Lille, 1-7 août 1906 . . . . . 146

Nominations et promotions : MM. Chardon, Chocreaux, Maupaté, Levet, Lalanne, Toy. — Nécrologie : Nina-Rodrigues, Alexandre Herzen. — Décret relatif au recrutement des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Condamnés atteints d'aliénation mentale et d'épilepsie placés dans les établissements d'aliénés. Circulaire ministérielle. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Epidémies de folie. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1907 et 1908) . . . . . 336

Nominations et promotions : MM. Aubin, Gaspa, Dumay, Chardon, Chevalier-Lavaure, Thivet, Coignet, Bazelaire, Ildis. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Les aliénés en liberté (*suite*). — La folie du roi d'Annam. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1907-1908) . . . . . 506

Table des matières du tome III de la 9e série. . . . . 522

*Le rédacteur en chef-gérant* : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.