Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 05. - Paris: Masson, 1907.
Cote : 90152, 1907, n° 05

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1907x05

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

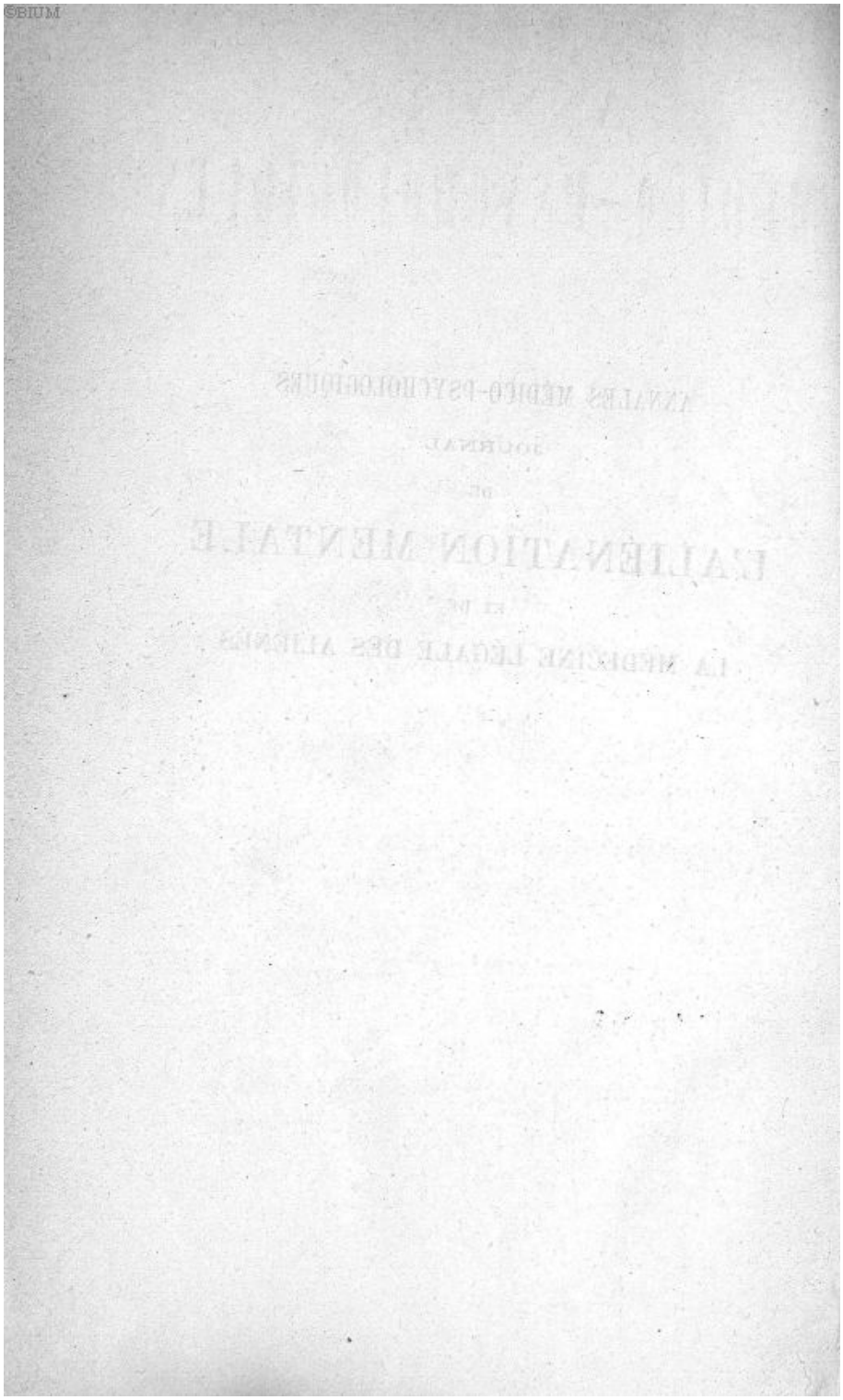
DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

—

NEUVIÈME SÉRIE — TOME CINQUIÈME

SOIXANTE-CINQUIÈME ANNÉE

90152

PARIS

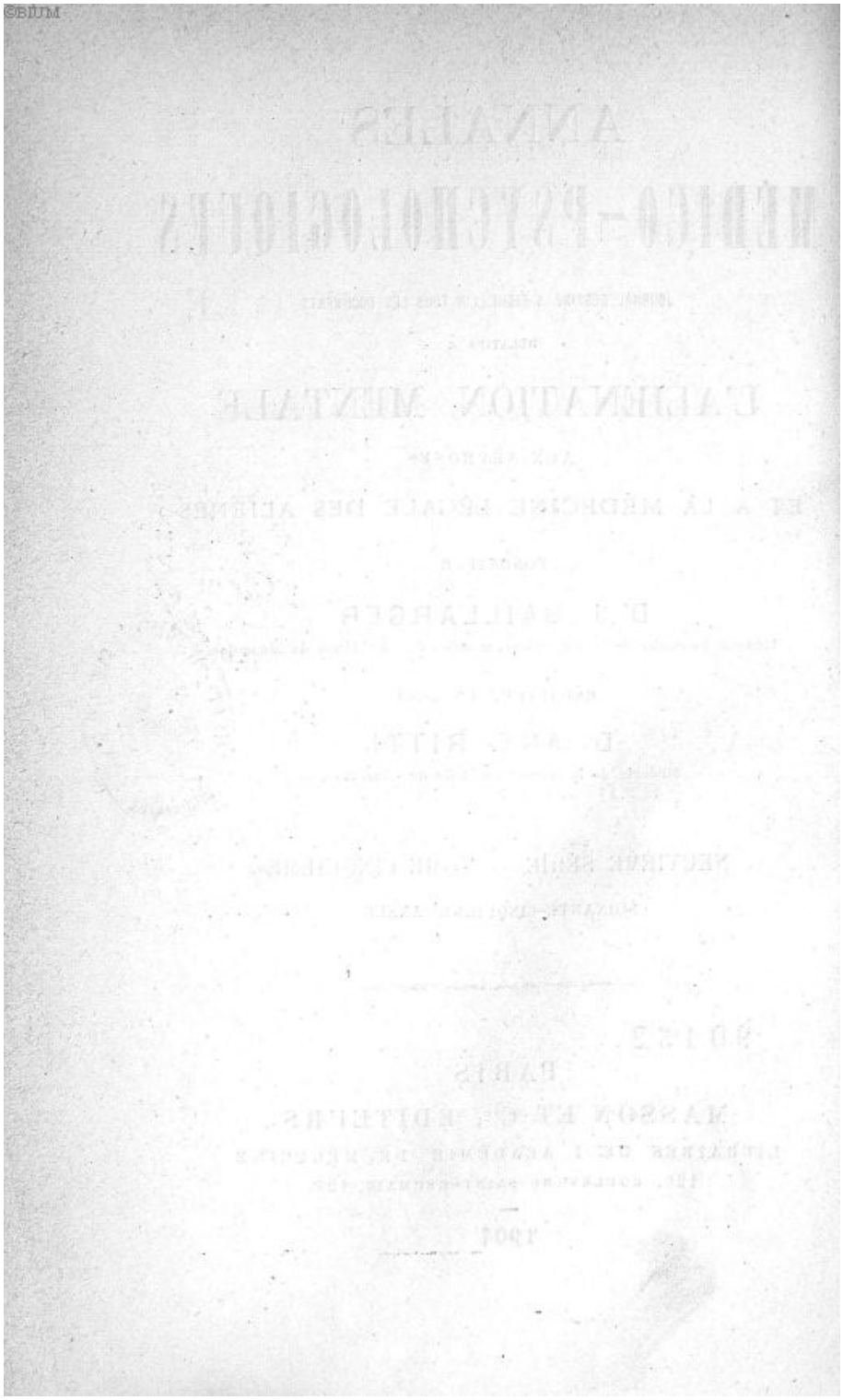
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1907



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie.

DE L'ALIÉNATION MENTALE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOIDE [1]

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux.

La fièvre typhoïde est de toutes les maladies infectueuses aiguës celle qui est le plus souvent suivie d'aliénation mentale sous toutes ses formes. Je ne veux pas dire que cette triste conséquence d'une maladie si commune soit fréquente. Ce qui est très fréquent, c'est une diminution des facultés intellectuelles, principale-

(1) Troisième et dernier article sur les rapports de la fièvre typhoïde avec l'aliénation mentale.

©BIUM

ment de la mémoire, qui, heureusement, est rarement persistante. Il est ordinaire, dit Grisolle, qu'après les fièvres typhoïdes graves, l'intelligence reste quelque temps paresseuse et que l'aptitude aux travaux intellectuels soit moindre pour un temps plus ou moins long.

Toutefois, Lasègue aurait affirmé qu'on sort toujours diminué intellectuellement d'une fièvre typhoïde. Cet aphorisme est une exagération. Pour ma part, j'ai souvent vu, dans le cours d'une longue pratique, les cas les plus graves de la dothiénentérie, les formes cérébrale, ataxique, les plus accentuées, guérir sans laisser la moindre tare de l'intelligence et les facultés reparaître aussi développées qu'avant la maladie. Le célèbre O'Connell est un exemple remarquable de ce que j'avance. Il avait vingt-deux ans lorsqu'il fut atteint d'une fièvre typhoïde très grave, « en proie à un délire épouvantable, dit son biographe, son intelligence que l'on aurait pu croire atteinte pour toujours se réveilla tout à coup ». Cette maladie n'empêcha pas le célèbre agitateur irlandais de fournir une longue et brillante carrière.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Nous verrons, en effet, que chez les enfants, cette affection, lorsqu'elle atteint un degré élevé de gravité, peut laisser des traces indélébiles, l'imbécillité, l'idiotie.

Cependant il ne faudrait pas s'effrayer outre mesure. On verra, le plus souvent, ces enfants qui, pendant la période fébrile et la convalescence, sont comme une masse inerte, dans un état d'anéantissement complet, tant au point de vue physique qu'intellectuel, commencer par ouvrir les yeux, ensuite suivre du regard les personnes qui les entourent, pousser des gémissements quand ils se sentent salis par leurs déjections ; bientôt ils entendent et donnent quelques signes d'in-

©BIUM

telligence ; ils commencent à remuer les bras, les jambes, et finissent enfin par parler et recouvrer lentement et entièrement l'usage de leurs facultés intellectuelles.

Il est généralement admis, néanmoins, que pendant un temps plus ou moins long leur mémoire est infidèle et qu'ils ont une plus grande difficulté à s'assimiler les notions nouvelles. J'ai vu quelques cas où cette diminution a été durable et a forcé les parents à diriger leur enfant vers les professions manuelles, son intelligence étant au-dessous de la moyenne.

Mais la fièvre typhoïde n'est pas seulement capable d'abaisser le niveau mental. Elle peut avoir des conséquences plus tristes puisqu'elle laisse, parfois, les enfants idiots, les adultes aliénés et les adolescents, tantôt idiots, tantôt aliénés.

Dans un précédent mémoire (1), je me suis occupé du délire de la convalescence de la fièvre typhoïde, l'article d'aujourd'hui sera consacré à l'aliénation mentale consécutive à la même maladie. Ce sont deux états différents, presque toujours confondus par les auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Et, tout d'abord, une explication au sujet de ce titre. Pour les auteurs modernes les plus autorisés, le mot « aliénation mentale » doit être considéré comme un terme générique embrassant tous les états de privation ou de dépossession de la raison. Il comprend : une première catégorie relative aux enfants, caractérisée par un arrêt de développement des facultés intellectuelles, lié à un vice congénital ou accidentel du cerveau (enfants arriérés, imbéciles, idiots) ; une deuxième catégorie relative, surtout, aux adolescents et aux

(1) Du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde. *Ann. méd.-psych.*, nos de janvier, mars et avril 1905.

©BIUM

adultes, caractérisée par la perturbation de ces facultés ou leur affaiblissement, pouvant aller jusqu'à l'abolition chez des individus dont l'intelligence était relativement saine auparavant.

On dit que les individus appartenant à cette deuxième catégorie sont atteints de folie. Aliénation mentale et folie ne sont donc pas deux expressions synonymes. Comme le dit Foville, la seconde désigne une fraction de la première : tous les fous sont des aliénés, mais tous les aliénés ne sont pas des fous. Or, la fièvre typhoïde peut rendre les individus fous ou imbéciles selon l'âge de ceux qui en sont atteints. Par conséquent, c'est le terme d'aliénation mentale qui convient dans ce cas et non celui de folie, habituellement employé.

Néanmoins, en substituant le terme d'aliénation à celui de folie, j'ai été guidé par un autre motif, plus sérieux, car peu importe le mot quand on est d'accord sur l'objet qu'il représente. Je m'explique : sous le nom de folie consécutive à la fièvre typhoïde, on a eu le tort d'englober des troubles mentaux qui diffèrent entre eux non seulement par l'ordre chronologique mais, surtout, par leur pathogénie, leurs symptômes et leurs conséquences. En effet, les premiers auteurs qui se sont occupés de cette question, Max Simon, Mugnier, Chéron, Christian, etc., ont publié sous cette dénomination des observations se rapportant, le plus souvent, au délire de la convalescence et, plus rarement, à des troubles indépendants de l'état de convalescence, datant quelquefois de la période fébrile, quelquefois de celle de la convalescence et, parfois aussi, nés à une époque ultérieure, plus ou moins longtemps après que tout est rentré physiquement dans l'ordre normal. Il en est résulté que ces auteurs ont confondu dans la même description des états fort différents : les uns,

©BIUM

dépendant exclusivement de l'état de convalescence, sont considérés actuellement plutôt comme des délires que comme des psychoses (délire de la convalescence, délire d'hôpital) ; les autres, qui font l'objet de cet article, sont de véritables psychoses et, comme elles, nécessitent souvent l'internement dans un asile.

M. Marandon de Montyel, dans un mémoire souvent cité (1), a reconnu que cette distinction était rarement faite et que son absence avait répandu sur la question une grande obscurité. Je suis obligé de reconnaître qu'aujourd'hui encore cette obscurité n'est pas dissipée et qu'aucun progrès dans ce sens n'a été réalisé depuis le mémoire du médecin de Ville-Evrard.

Il est important de préciser la signification exacte des qualificatifs employés. Ainsi, je suis à me demander si l'adjectif « consécutif », improprement accolé au mot de folie, n'a pas contribué pour sa part à entretenir cette confusion. Il est impropre, en effet, si on considère la convalescence comme une période de la fièvre typhoïde (elle est assez importante pour cela). D'ailleurs, si les troubles mentaux de la convalescence sont dits « consécutifs », quel terme pourra-t-on trouver pour désigner ceux qui éclatent plus ou moins longtemps après la guérison complète de la maladie ? C'est ainsi qu'on a confondu des choses dissemblables.

Des cliniciens de grande valeur, Bucquoy et Hanot, Maurice Raynaud, se sont bien gardés de faire cette confusion. S'occupant des troubles mentaux de la convalescence, ils les ont décrits sous la dénomination qui convenait le mieux, celle de délire de la convalescence.

Pour toutes ces raisons, laissant de côté le délire de

(1) De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1883.

©BIUM

la convalescence, je ne m'occuperai, aujourd'hui, que de l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de l'arrêt de développement intellectuel et aussi des délires chroniques qui persistent après la guérison de la maladie, quelle que soit leur époque d'apparition, soit pendant la période fébrile, soit pendant la convalescence ou à son déclin, soit même plus tard, quand tout est rentré dans l'ordre.

Ce sont ces désordres mentaux que M. Marandon a désignés sous le nom de délires postyphiques, comprenant : 1° les délires qui poursuivent leurs cours sans discontinuation après le rétablissement de l'organisme à l'état normal (D. post. immédiats) ; 2° ceux qui éclatent plus ou moins longtemps après que tout est rentré dans l'ordre (D. post. médiats). Ces troubles mentaux ne sont pas des délires comme les délires de la convalescence, avec lesquels ils ont été presque toujours confondus et qui ont une physionomie bien différente : ce sont de véritables psychoses qui, à mon avis, méritent une étude particulière.

Il n'en est pas question dans le *Traité* de M. G. Ballet. Mais ce qui pourrait surprendre, c'est le silence d'un auteur qui a tant contribué à fixer nos connaissances sur les psychoses des infections et des auto-intoxications ; je veux parler de M. Régis.

Dans son récent *Précis de psychiatrie*, si pratique et si complet malgré son format, M. Régis admet bien « qu'un état psychopatique peut survenir à la suite de la fièvre typhoïde, soit durant la convalescence, soit plus ou moins longtemps après » ; mais il ne s'occupe, en somme, que du délire de la convalescence. Il est vrai qu'il lui eût été difficile de trouver dans la littérature psychiatrique les éléments suffisants d'une description des psychoses post-typhiques.

M. Marandon de Montyel a eu le mérite d'insister sur

©BIUM

la nécessité d'une étude distincte des délires de la fièvre typhoïde à chacune des périodes de cette maladie, idée essentiellement pratique, ainsi que je crois l'avoir prouvé dans un premier article (1), à propos des délires initiaux de la fièvre typhoïde et dans celui qui est relatif au délire de la convalescence dans la même maladie. Mais M. Marandon n'a pu donner sur les délires de ces deux périodes que des opinions qui ont été souvent en contradiction avec l'observation des faits, parce qu'il s'en est tenu aux résultats de sa seule expérience, nécessairement assez limitée, vu sa spécialité, alors que ces cas se rencontrent le plus souvent dans la pratique de la médecine ordinaire.

J'estime avec le même auteur qu'il est utile aussi de décrire à part les délires post-typhiques, en les distinguant des délires de convalescence. Ici, notre savant confrère se trouvait dans son élément, et il a émis sur les psychoses de cette période des appréciations qui nous paraissent plus justes que celles qu'il avait émises au sujet des délires des périodes précédentes. Je le suivrai dans une partie de son exposition.

J'ai recueilli un nombre assez considérable d'observations qui me permettront, parfois, de rectifier quelques-unes des assertions de M. Marandon, comme je l'ai fait pour les délires des autres périodes, et d'ajouter quelques notions nouvelles à ce qu'il a dit sur le groupe des psychoses post-typhiques. La description de ce groupe a été à peine ébauchée. Je n'ai pas d'autre prétention que celle d'apporter quelques matériaux à son étude.

Est-il déraisonnable d'espérer que la publication de nouvelles observations de psychoses consécutives, non seulement à la fièvre typhoïde, mais encore à toutes

(1) Des fébricitants délirants pris pour des aliénés. *Ann. méd.-psych.*, mars et juin 1903.

©BIUM

les infections aiguës, permettra de leur trouver des caractères particuliers qui les différencieront des psychoses essentielles et, aussi, des indications nouvelles sur leur pronostic et leur traitement? Je ne le crois pas.

Les psychoses ou délires post-typhiques se distinguent sous beaucoup de rapports du délire de la convalescence : ce sont, je le répète, non pas des délires, mais de véritables psychoses revêtant, comme elles, la plupart des formes mentales admises. Comme les psychoses, les délires post-typhiques ont, généralement, un caractère de longue durée, de chronicité, tandis que le délire de la convalescence est, habituellement, de courte durée. Enfin, les premiers nécessitent, ordinairement, l'internement des malades et l'incurabilité est, le plus souvent, leur partage; les seconds, au contraire, guérissent presque toujours (89 fois sur 100 d'après mes observations) et sans passer par l'asile.

A part M. Marandon de Montyel, tous les auteurs de thèses ou mémoires sur la folie consécutive à la fièvre typhoïde ont publié des observations se rapportant le plus souvent au délire de la convalescence, plus rarement aux psychoses post-typhiques, sans faire le départage des observations qui appartiennent à l'un ou à l'autre de ces groupes. De là la confusion et l'obscurité qui règnent encore sur cette question.

Ce n'est pas que les psychoses post-typhiques se distinguent par une symptomatologie qui leur soit propre, celle-ci ne différant guère pour toutes les psychoses consécutives des autres infections aiguës : variole, pneumonie, grippe, etc., où toutes les formes mentales peuvent être représentées. Mais ce groupe de psychoses n'en comporte pas moins des considérations qui lui sont personnelles, et dont l'utilité ne me paraît pas contestable.

Pour mieux les faire apprécier, je diviserai leur étude

©BIUM

en plusieurs parties : la première relative aux délires post-typhiques immédiats, la seconde aux délires post-typhiques médiats, une troisième réservée à l'étude des troubles intellectuels consécutifs à la fièvre typhoïde chez les enfants ; une quatrième contiendra une courte statistique sur la fréquence des troubles mentaux consécutifs à la fièvre typhoïde et sur les formes mentales qu'ils affectent ; enfin, viendront les observations.

I. Délires post-typhiques immédiats.

J'ai déjà dit que ce terme s'applique aux délires chroniques qui, nés pendant la période fébrile, ou pendant la convalescence, ou à son déclin, persistent sans discontinuité après la guérison de la dothiénentérie. Ce sont les cas les plus fréquents.

Comment distinguer ces psychoses du délire de la convalescence ou, si l'on préfère, comment distinguer les cas bénins, facilement curables, de courte durée, de ceux qui seront chroniques et, souvent, incurables? Ce n'est pas toujours facile.

En effet, dans mon précédent mémoire, relatif au délire de la convalescence, j'ai recueilli quatre-vingt-neuf cas sur lesquels dix étaient passés à l'état chronique. Or, sur ces dix cas, quelques-uns présentaient les caractères attribués au délire de la convalescence.

En présence de ces cas, M. Marandon de Montyel s'est demandé dans quels symptômes, dans quelles manifestations psychiques puiser les éléments d'un diagnostic différentiel. « Il est tout d'abord, dit-il, un symptôme physique important ; je veux parler des paralysies. Quand elles se rencontrent dans la convalescencence de la fièvre typhoïde en même temps que le délire, et que, fixes, elles offrent les caractères des paralysies d'origine cérébrale, elles sont la preuve tangible

©BIUM

que le cerveau a été profondément désorganisé et que le patient ne se relèvera pas du choc qu'il a reçu. »

Voilà, certes, un premier élément de diagnostic de grande valeur. Mais ces cas sont rares. On en trouvera, cependant, quelques exemples dans les observations que je rapporte. Ainsi, le sujet de l'Obs. XXIV fut aveugle pendant un an. L'enfant qui fait l'objet de l'Obs. XXXVI fut atteinte, à quatre ans et demi, pendant sa fièvre typhoïde, de surdité, de cécité et de perte de la parole. Elle resta idiote, avec atrophie des yeux, perforation du tympan et mutisme. L'Obs. IV, qui m'est personnelle, est relative à une religieuse, qui fut prise, à l'âge de vingt et un ans, à la Trinidad, d'une fièvre typhoïde très grave, à forme cérébrale et, consécutivement à cette maladie, de troubles psychiques et somatiques (paralysie des membres supérieurs et inférieurs), paraissant incurables et qui, néanmoins, se sont sensiblement amendés. Le sujet de l'Obs. XIII, personnelle encore, eut aussi, à la suite de la fièvre typhoïde, une parésie des membres inférieurs qui l'obligea à marcher avec des béquilles pendant quatre ou cinq ans.

M. Marandon trouve un autre élément de diagnostic, dans la prédisposition vésanique, qu'elle soit héréditaire ou acquise. Pour lui « les typhiques qui restent sous le coup de la folie après la disparition complète de la dothiénentérie et de l'anémie consécutive sont, presque toujours, des prédisposés vésaniques. Toutefois, ajoute-t-il plus loin, il n'est pas impossible de rencontrer quelques rares individus qui, indemnes auparavant de tout soupçon vésanique, n'en restent pas moins définitivement aliénés. Chez eux la maladie seule est alors à incriminer ; c'est son intensité, sa longue durée qui ont amené les exsudations interstitielles. »

J'ai sur ce sujet une opinion diamétralement opposée à celle de mon honorable confrère. L'analyse de nom-

©BIUM

breuses observations prouve que la vérité se trouve en renversant la proposition sus-énoncée, c'est-à-dire que c'est la gravité de la dothiénentérie qui, dans ces cas, est la cause principale de la folie, et que la prédisposition vésanique n'y contribue que pour une très faible part. Il me sera facile de le prouver.

J'ai déjà dit, dans mon précédent mémoire sur le délire de la convalescence, que sur quatre-vingt-neuf cas de ce délire, il en est dix qui sont passés à l'état chronique.

C'étaient des cas de délire post-typhique immédiat. Or, sur ces dix cas, deux seulement avaient des antécédents héréditaires, sept en étaient indemnes ; pas de renseignements sur le dixième. Mais en recherchant quelle a été la gravité de la fièvre typhoïde dans ces dix cas, j'ai trouvé que la maladie était notée quatre fois comme « grave », quatre fois comme « très grave », et deux sans renseignements.

Dans les vingt-deux observations de délire post-typhique immédiat qui sont relatées à la fin de ce mémoire, l'hérédité est notée seulement trois fois, — l'absence d'hérédité, quatorze fois ; — absence de renseignements, cinq fois. En revanche, la maladie est notée douze fois comme grave et, le plus souvent, très grave ; — pas de renseignements à ce sujet, sur les dix cas restants.

Il faudra donc se montrer très réservé pour le pronostic, et même pessimiste, en présence de ces délires post-typhiques immédiats, lorsque la maladie aura eu un caractère de gravité et de longue durée, surtout s'il y a eu prédominance de phénomènes cérébraux. Pour moi, c'est là, dans le plus grand nombre de cas, le meilleur critérium.

La forme mentale du délire a-t-elle une influence sur sa terminaison ?

©BIUM

M. Marandon, hanté par le souvenir d'un cas malheureux, est très pessimiste si le délire affecte la forme maniaque.

C'est surtout au début de ces délires, c'est-à-dire pendant et au déclin de la convalescence, que cette appréciation a de l'importance. Aussi, ne puis-je que me rapporter à ce que j'ai déjà dit dans mon précédent mémoire, après l'examen de 28 cas, 13 de manie, 5 de lypémanie, tous ayant guéri, sauf le malade de M. Marandon : « Les formes maniaque et lypémaniaque, quoique presque toujours curables, sont graves car elles ont souvent nécessité l'internement des malades. Tous les cas de confusion mentale au nombre de 18 ont guéri. »

Mais lorsque le délire post-typhique dure depuis assez longtemps pour être fixé sur la forme mentale qu'il affectera définitivement, le pronostic est toujours le même ; c'est celui de cette forme mentale d'où qu'elle provienne.

II. Délires post-typhiques médiats.

Sur 43 aliénés devenus fous aussitôt après la fièvre typhoïde ou dans la suite, Griesinger en a trouvé 10 qui ont pu jouir de leurs facultés pendant un certain temps avant de tomber dans la folie. J'en compte 19 sur les 41 observations que je rapporte, à savoir 11 chez les adultes, et 8 chez les enfants.

Il y a lieu de faire une distinction entre tous ces cas. Les uns n'ont pas recouvré complètement leurs facultés d'autrefois ; sans être aliénés, ils ont baissé intellectuellement. Les autres ont paru avoir récupéré toute leur intelligence.

Dans le premier groupe nous trouvons les sujets des observations XXI, XXIV, XXXIV, XXXV, XLI.

©BIUM

Outre l'abaissement du niveau mental, ces sujets présentaient un changement total dans le caractère et divers troubles somatiques. Ainsi, la malade qui fait l'objet de l'observation XXIV était gaie, et enjouée autrefois ; elle devint morose, sombre, taciturne et eut en même temps de fréquentes céphalalgies ; elle était restée un an aveugle à la suite de sa fièvre typhoïde. Celle de l'observation XXXIV, à la suite de la même maladie, eut un caractère difficile, inquiet, ombrageux, jaloux ; elle devint peu à peu plus sombre, triste, concentrée en elle-même et le délire apparaît, enfin, quelques années après, sans cause appréciable. Le jeune homme de l'observation XXXV, atteint de fièvre typhoïde à 20 ans, avait un caractère doux, affectueux, il était très actif et dévoué pour ses parents. Après la dothiénentérie, changement complet : il est concentré, inactif, d'un caractère difficile, et, moins de deux ans après, il donne des signes manifestes d'aliénation mentale. Ici l'hérédité reprend l'importance qu'elle a dans les vésanies : sur 5 cas elle est notée trois fois.

C'est dans ce groupe que devraient être rangées trois observations de paralysie générale considérée comme consécutive à la fièvre typhoïde (obs. XXV, XXVI et XXVII), auxquelles on pourrait ajouter celle qui est consignée dans la thèse de Chéron. Dans toutes il a existé, consécutivement à la fièvre typhoïde, un affaiblissement intellectuel, un changement dans le caractère devenu sombre, taciturne, violent, etc., et des troubles somatiques, surtout, de la céphalalgie, etc.

Les observations que je viens de citer sont, presque toutes, trop incomplètes pour être concluantes ; chez tous ces sujets la paralysie générale est survenue de longues années après la dothiénenterie, vingt ans et plus. Pour M. Anglade (G. Ballet. *Traité de path. ment.*), il n'est pas nettement prouvé que la paralysie générale

©BIUM

puisse être une conséquence de la fièvre typhoïde. Pour ma part, je n'ai conservé le souvenir que d'un seul cas de paralysie générale, déclarée à 35 ans chez un avocat qui avait eu une fièvre typhoïde dans son enfance ; mais, entre ces deux maladies, il avait eu une infection syphilitique ; celle-ci, mieux que la fièvre typhoïde, était capable d'avoir occasionné la périencéphalite. D'après M. Régis (*Précis de psychiatrie*, p. 634), la grippe serait l'infection aiguë qui donnerait lieu, le plus fréquemment, au syndrome paralytique.

A part les cas de paralysie générale, dans tous les cas de folie dont je viens de m'occuper (délires post-typhiques immédiats et délires post-typhiques médiats du 1er groupe), il y a une filiation, un enchaînement de symptômes reliant sans interruption l'infection typhique à l'aliénation mentale et prouvant bien qu'il existe une relation nécessaire, évidente, entre ces deux états morbides, que le second est bien la conséquence du premier.

En est-il de même pour les cas de folie appartenant au deuxième groupe des délires post-typhiques médiats dont je vais m'occuper, c'est-à-dire de ceux chez lesquels il y a eu une période de lucidité parfaite, de bonne santé intellectelle, souvent très longue, entre la fièvre typhoïde et l'éclosion de la folie?

Si nous compulsons les observations rapportées à la fin de ce mémoire, nous en trouvons six qui se rapportent à ce deuxième groupe. Ce sont les observations III, VI, XI, XIV, XIX et XXIII. En les analysant, nous voyons que la malade qui fait l'objet de l'observation III a éprouvé une atteinte de choléra trois ans après la dothiénentérie ; elle a eu six grossesses, et c'est pendant qu'elle allaitait son dernier enfant que la folie s'est déclarée. Il nous paraît évident que c'est à ce dernier facteur qu'il faut attribuer la maladie mentale. Dans

©BIUM

l'observation VI, l'intervalle lucide a été de six à sept mois; mais il s'agit dans ce cas d'un héréditaire, et il faut bien admettre que le facteur hérédité a eu quelque influence sur l'éclosion de la folie; la fièvre typhoïde n'aurait été ici qu'une cause occasionnelle. Dans l'observation XI, l'influence typhique est incontestable, car la folie s'est déclarée huit jours après la fin de la convalescence. C'est presque un délire post-typhique immédiat. Le jeune B... (obs. XIV) est resté trois ou quatre ans indemne de tout délire après sa fièvre typhoïde; mais il y a lieu de noter que le médecin qui l'a soigné n'a pas cru devoir affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde et que le malade n'a pas déliré durant sa maladie. Nous restons donc dans l'incertitude. Dans l'observation XIX, l'aliénation mentale a attendu dix-neuf ans pour se déclarer et la fièvre typhoïde, durant laquelle il n'y avait pas eu de délire, n'avait nullement altéré les facultés intellectuelles de M^lle^ B... Il n'y a pas d'hérédité mentale. Les parents attribuent la folie à des chagrins d'amour. Ce sont, d'ailleurs, des phénomènes hystériques qui ont préludé à la folie. Dans ce cas, il ne nous paraît pas juste d'incriminer la fièvre typhoïde. Quant au sujet de l'observation XXIII, l'auteur ne dit pas combien de temps a duré l'intervalle de lucidité : « La guérison (de la fièvre typhoïde) fut rapide et parfaite. L'intelligence resta saine et pendant quelque temps il n'y eut aucune menace d'aliénation d'esprit. Mais bientôt on s'aperçoit que chaque fois qu'il va à Paris pour ses affaires il revient chez lui en se livrant à des actes déraisonnables. » Le terme employé semble bien indiquer que l'intervalle de lucidité a été de courte durée et l'influence de l'infection typhique n'est pas niable. Je ne puis faire fonds de l'observation XVI, d'abord, parce que les renseignements ne concordent pas sur l'époque d'apparition de la fièvre typhoïde et, aussi, parce que

©BIUM

l'affection mentale est attribuée, tantôt à une vive émotion, tantôt à des excès alcooliques.

Au sujet des ces délires post-typhiques médiats, il y a une remarque à faire qui m'est inspirée par la lecture des onze observations qui précèdent : ou bien la folie apparaît chez des sujets à qui la dothiénentérie a laissé une entorse des sens, des facultés de l'entendement ou du caractère, surdité, cécité, faiblesse intellectuelle, amnésie, caractère irritable, etc., ou bien elle se déclare chez des sujets sortis de la fièvre typhoïde avec l'entière possession de leurs facultés d'autrefois.

Je comprends que dans les premiers cas la fièvre typhoïde ait laissé l'empreinte de son passage et, par suite, une prédisposition à la folie. C'est par ces délires et par les délires post-typhiques immédiats seulement, que peut s'expliquer l'opinion émise par Esquirol, Morel, etc., et qui est devenue vulgaire, que la fièvre typhoïde est une cause prédisposante de folie.

Quant aux seconds, il est permis de se demander, surtout si la folie éclate longtemps après la fièvre typhoïde, si celle-ci est pour quelque chose dans l'éclosion de celle-là. A mon avis, la folie peut être attribuée à la fièvre typhoïde lorsqu'elle apparaît peu de temps après cette maladie quoique le sujet ait repris, pendant ce temps, l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Mais passé une période que je fixe arbitrairement à six mois, un an au plus, la fièvre typhoïde ne me paraît plus capable de provoquer des troubles vésaniques ; si ceux-ci surviennent, ils devront être attribués à toute autre cause.

Ces notions ne sont pas sans utilité pratique. La médecine légale nous fournit l'occasion de les mettre à contribution.

Il n'est pas d'affaire criminelle où la défense ne soit heureuse d'invoquer une fièvre typhoïde qui aurait existé

©BIUM

à une époque souvent éloignée comme cause d'irresponsabilité absolue ou atténuée.

Dans une de ses revues sur la responsabilité limitée en matière criminelle (1), M. Giraud s'exprime ainsi : « L'hérédité, les convulsions, la fièvre typhoïde sont des motifs d'atténuation ; mais il ne faut pas aller trop loin. L'hérédité n'a aucune valeur pour le diagnostic. On peut avoir eu des convulsions dans son enfance sans cesser d'être dans la suite entièrement responsable de ses actes, et il en est de même pour la fièvre typhoïde. L'examen particulier de chaque fait peut seul permettre de formuler un diagnostic. »

Ces appréciations me paraissent fort justes. Le médecin légiste qui verrait dans cette seule circonstance de l'existence antérieure d'une fièvre typhoïde un motif d'atténuation de la responsabilité, s'exposerait à commettre une grave erreur en ne tenant pas compte des distinctions que je viens de faire.

S'il est prouvé que la dothiénentérie a laissé chez l'inculpé quelque tare du côté des sens, de l'entendement ou du caractère : diminution notable ou perte de l'ouïe, de la vue, faiblesse d'esprit, changement de caractère, troubles somatiques comme céphalalgies, pertes de connaissance fréquentes, on peut admettre avec juste raison que le sujet est amoindri aux points de vue intellectuel et moral et que sa responsabilité doit être atténuée plus ou moins suivant le degré de la tare. Mais s'il est reconnu que l'inculpé est sorti de sa maladie avec l'entière possession de ses facultés d'autrefois, sa responsabilité doit être entière quelle qu'ait été la gravité de sa fièvre typhoïde, à moins qu'elle ne soit de date assez récente. (*A suivre.*)

(1) *Ann. méd.-psych.*, juillet 1881.

©BIUM

AUTOMATISME AMBULATOIRE

(OBSERVATIONS CLINIQUES)

Par le Dr Paul COURBON
Interne des asiles de la Seine.

Nous rapportons ici l'histoire clinique de cinq malades qui présentent le même symptôme « d'automatisme ambulatoire », relevant chez chacun d'une cause différente.

Les trois premiers sont entrés dans le service de notre maître, le Dr Pactet, et nous remercions le Dr Marie de nous avoir autorisé à examiner le quatrième. Quant au dernier, il a été observé par M. Pactet, à l'hôpital militaire d'Alger.

Obs. I. — Fugues hystériques mnésiques substituées à des accès de paludisme.

Adrien R..., âgé de quarante et un ans, marchand ambulant, est entré à Villejuif, le 15 mai 1906.

Son père est encore vivant et se porte bien, sa mère est morte, à cinquante-trois ans, d'accident; un de ses frères défunt était alcoolique; il en a quatre autres en bonne santé. Il n'y a pas d'aliénés dans sa famille.

Personnellement, il n'a jamais eu de maladie dans son enfance. Mis en classe de très bonne heure, il avait peu de goût pour l'étude et faisait souvent l'école buissonnière, afin d'échapper à la rigoureuse sévérité de l'instituteur; à diverses reprises il lui est arrivé pendant plusieurs jours de partir de chez ses parents aux heures habituelles, d'aller avec des camarades vagabonder par la campagne jusqu'au moment de la sortie de classe et de rentrer alors au logis.

©BIUM

Ces escapades qui, insiste-t-il, n'étaient pas déterminées par l'attrait du vagabondage, mais lui étaient imposées par la peur des corrections, s'étant renouvelées très souvent, sa famille se décida à lui faire apprendre un métier.

Il avait alors treize ans et choisit celui de marchand ambulant; ses parents l'autorisèrent à suivre un convoi de colporteurs en qualité d'apprenti. A cet âge-là, malgré le tempérament indiscipliné qu'il avait eu pendant ses études, le malade possédait une instruction suffisante pour mener à bien une entreprise commerciale.

Il continua cette vie de commerçant errant jusqu'à son départ pour le régiment.

Il fut soldat pendant cinq ans dans la légion étrangère, où il contracta les fièvres paludéennes, et se livra à quelques excès d'alcool et d'absinthe. Jamais il n'eut de maladie vénérienne.

Son service militaire expiré, il se mit en ménage et reprit son négoce; il l'a toujours exercé depuis. Il parcourt le midi de la France en voiture et revient chaque année à Paris pour s'approvisionner; son gain peut atteindre 30 francs par jour.

Il était en France depuis plusieurs mois, lorsqu'il eut une attaque de paludisme avec délire, qui l'alita pendant quarante jours à Bordeaux; ce fut la dernière de sa vie.

Depuis cette époque, il souffre d'insomnies; pour les combattre, il lui est arrivé de passer des nuits à travailler, espérant obtenir par la fatigue un sommeil plus profond; mais ces tentatives ont toujours été vaines; son sommeil, très léger, interrompu au moindre bruit, est entrecoupé de réveils en sursaut avec angoisse et palpitations cardiaques; il a des cauchemars dans lesquels il voit se dérouler les scènes impressionnantes dont il a été le témoin pendant la journée : accidents, bagarres, disputes, etc. Il parle à haute voix au point d'empêcher ses voisins de dormir. Le matin, il se souvient des rêves durant lesquels il n'a pas causé fort; au contraire, il ne conserve des autres aucun souvenir.

L'attaque paludéenne signalée plus haut fut la dernière, avons-nous dit. Depuis il présenta chaque année d'une façon périodique, en automne et au printemps, les phénomènes suivants, qui peuvent aussi se répéter encore plus fréquemment, suivant les circonstances.

Pour une raison quelconque, le malade a éprouvé une contrariété; pendant un ou deux jours il en est attristé; redoutant les discussions, il concentre sa peine en lui; ses nuits deviennent

©BIUM

plus agitées ; enfin, au cours de l'une d'elles, il se réveille en sursaut, se lève, s'habille à la hâte et part.

« C'est plus fort que moi, dit-il, je vais devant moi, au hasard ; il faut que je marche sans savoir où, il me faut du mouvement, il faut que je change de place. » Pendant des kilomètres il va sans rien dire, ne demandant sa route à personne, ne répondant même pas si on l'interpelle ; ni le froid, ni la pluie, ni la fatigue, ni la faim, ni la soif ne l'arrêtent. Enfin, au bout d'un parcours plus ou moins long, généralement après 20 ou 30 kilomètres, le malade, *qui pas un instant n'a perdu conscience,* mais que poussait toujours le besoin de se mouvoir, éprouve une bouffée de chaleur. Il se sent brûlé aux arcades sourcilières et à la tête ; cette sensation envahit peu à peu tout le corps ; sous sa brûlure il veut se dévêtir, mais il n'a pas le temps de dégraffer ses habits ; il les arrache et, non content d'en avoir dépouillé son corps, il les met en pièces ; cette lacération dont il se rappelle tous les détails le soulage ; enfin lorsqu'il n'est plus couvert que par quelques haillons, il s'étend apaisé et s'assoupit ; mais bientôt des crampes et des fourmillements dans les jambes l'obligent à se lever et à reprendre sa course.

Parfois il a essayé de faire demi-tour, voulant se contraindre à revenir sur ses pas ; mais au bout de cent mètres, il lui faut rebrousser chemin et fuir dans la direction opposée à celle de sa demeure.

Cette marche vagabonde peut durer plusieurs jours ; pendant toute sa durée, il a horreur de tout local fermé ; il achète de la charcuterie et du pain qu'il avale en marchant ; quand la fatigue le terrasse, il se couche au bord du fossé, mais jamais sous un toit. Si on lui adresse la parole, il répond quelques phrases brèves et s'esquive, car il sait qu'il a à ce moment un aspect bizarre, et ne veut pas qu'on se moque de lui.

Parfois, dans sa hâte de s'éloigner, il prend le chemin de fer ou une voiture publique ; une gare se trouve-t-elle sur son passage, il s'enquiert de l'heure du premier train et demande un billet au hasard ; il cherche un wagon vide et s'y enferme ; si quelqu'un monte près de lui, il reste dans son coin sans rien dire, le regard obstinément fixé sur le paysage ; lorsqu'il est arrivé à destination, quelquefois avant, il descend et reprend sa course à pied.

Enfin, après un laps de temps qui varie de vingt-quatre heures à quatre jours, l'excitation se calme ; il éprouve une courbature croissante, fait halte et s'endort pendant sept ou

©BIUM

huit heures sur la route. A son réveil, il a mal à la tête, mais a repris l'entière possession de lui-même.

Son premier désir est alors de rejoindre sa femme; il se rappelle fort bien l'endroit où il l'a laissée, mais il ignore le chemin à prendre pour s'en rapprocher, et la distance qui le sépare d'elle. Honteux à la fois de l'état loqueteux où il s'est mis lui-même et de la fuite qu'il vient d'accomplir, il invente des histoires pour expliquer sa présence aux passants, auxquels il demande le nom du pays où il se trouve; dès qu'il a recueilli les renseignements nécessaires, il revient près de sa femme le plus rapidement possible. Souvent il est obligé de retourner à pied, car en lacérant ses vêtements il a déchiré les billets ou perdu les pièces d'argent qu'il avait sur lui à son départ. Très souvent aussi, il est arrêté par la gendarmerie; il raconte alors son histoire et on le relâche, ou bien on le conduit à l'hôpital.

Quelquefois, sa femme, prévoyant la fugue, ferme la porte à clef; à son réveil, celui-ci ne pouvant ouvrir, se met à marcher dans l'appartement sans aucune violence; d'ailleurs il est très docile aux ordres qu'on lui donne; sa femme lui ordonne-t-elle de se coucher, il se met au lit immédiatement et y reste. En partant, elle l'enferme; il se relève alors, et continue à tourner dans la maison sans faire aucun bruit. Cet état peut durer plusieurs jours; il se termine de la même façon que les fugues à travers la campagne.

Jamais, pendant ces manifestations d'automatisme ambulatoire, il n'a commis un acte violent ou délictueux. Arrêté plusieurs fois, il fut souvent conduit à l'hôpital, mais jamais en prison; il fut pris pour un malade, jamais pour un coupable.

Quelquefois ces fugues sont remplacées par des phénomènes que le malade considère lui-même comme des équivalents de celles-ci. Ce sont des éblouissements, il voit passer un brouillard devant ses yeux et éprouve en même temps la sensation d'être étouffé par une boule qui, remontant du creux épigastrique, lui barre la gorge; il doit alors sortir immédiatement au grand air, et c'est en titubant comme un homme ivre qu'il quitte la pièce où il était assis; dès qu'il est resté cinq minutes dehors, tous ces malaises sont dissipés. D'ailleurs il a une intolérance habituelle de la chaleur, et se porte bien mieux en hiver qu'en été. Jamais il n'est tombé à terre, et n'a jamais eu ni convulsion, ni perte de connaissance pendant ces éblouissements.

Cette dernière fois, le malade a été arrêté près de Melun,

©BIUM

les vêtements tout déchirés, ses propos étaient incohérents : le certificat de son admission à Sainte-Anne signale qu'il avait des hallucinations; le malade dit qu'il était alors très fatigué, et le récit qu'il nous fit de cette dernière fugue est analogue à celui que nous avons rapporté plus haut.

Il répond avec politesse et intelligence aux questions qu'on lui pose; après quelques jours d'observation on l'envoya travailler aux ateliers, où sa conduite fut exemplaire.

A l'examen, nous avons constaté chez lui les particularités suivantes :

Dans toute la moitié droite du corps et de la face, la sensibilité est très diminuée; il faut plusieurs piqûres successives pour que le malade accuse une sensation.

Le réflexe pharyngien est aboli, celui de la cornée est diminué nettement.

Les pupilles égales réagissent bien; il a un rétrécissement marqué du champ visuel; pas de dyschromatopsie; il se plaint d'avoir la vue trouble de l'œil droit depuis un coup de fouet qui lui effleura la cornée il y a une dizaine d'années; on ne constate cependant ni taie ni cicatrice.

La pression au sommet du crâne provoque la douleur du clou hystérique; pas d'autres zones hystérogènes. Les testicules sont remontés dans le canal inguinal; il n'a jamais eu d'enfants. Son sommeil est toujours incommode pour ses voisins de dortoir, qu'il réveille par les nombreuses paroles qu'il prononce.

Il convient, pour faciliter le diagnostic de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons ici, de souligner certains caractères rencontrés dans l'observation précédente.

Il est à remarquer, tout d'abord, que ces fugues débutent toujours dans les mêmes circonstances : la nuit, et à l'occasion d'une contrariété. Elles sont précédées par une concentration de son esprit sur lui-même; cet état prémonitoire n'est-il pas analogue à celui que créent chez les hystériques les idées fixes, plus ou moins subconscientes, spéciales à cette nécrose?

De plus, la façon dont se termina la dernière, rap-

©BIUM

pelle bien la quatrième phase ou phase délirante des crises hystériques.

Mais néanmoins les fugues que nous avons décrites ici ne représentent pas le tableau complet de la fugue hystérique. Pour le professeur Raymond (1), celle-ci doit réunir les trois caractères suivants :

1° Être une impulsion irrésistible à voyager ; 2° être accomplie d'une façon intelligente, régulière et sans violence ; 3° être suivie d'une amnésie complète portant sur toute la période de son accomplissement.

Or, cette dernière condition n'est pas réalisée chez notre malade : pendant ses fugues, il ne perd pas conscience. S'il ne conserve pas le souvenir de tous les instants qui se sont écoulés, du moins il se rappelle les incidents importants qui se sont accomplis ; par exemple si on l'a interpellé, s'il a fait quelque achat, s'il s'est couché ; il ignore le nom du pays et la distance qu'il a parcourus, la direction qu'il a suivie, mais il sait qu'il a traversé une plaine, des bois ou une ville. En somme, c'est non la conscience, mais son empire sur lui-même qu'il perd pendant ses courses effrénées.

Malgré cette absence d'amnésie, en raison des autres caractères signalés plus haut et en présence des stigmates constatés chez notre sujet, nous nous croyons autorisé à rattacher ses fugues à l'hystérie ; d'ailleurs on sait que parfois les impulsions hystériques peuvent être conscientes (2).

Un autre point à remarquer dans cette observation est le rapport qui relie le paludisme et les fugues.

Le malade contracta les fièvres paludéennes aux colonies, et il eut sa dernière attaque fébrile avec délire, à l'âge de vingt-cinq ans. Depuis cette époque, d'une

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1896, p. 599.
(2) Pitres et Régis. *Obsessions et impulsions.*

©BIUM

façon périodique, il est pris au printemps et en automne d'une impulsion dromomaniaque irrésistible. Ces accès d'automatisme ambulatoire semblent s'être substitués aux accès paludéens, et il est à noter qu'ils s'accompagnent d'une sensation ardente de chaleur qui oblige le malade à enlever ses vêtements.

Les rapports du paludisme et de l'hystérie ont été définis ainsi par M. Boinet (1) : « Le paludisme peut réveiller, provoquer ou aggraver l'hystérie », et il cite l'histoire de deux malades chez qui la première crise d'hystérie n'apparut qu'après l'infection paludéenne.

Notre cas se rapproche de ceux du professeur de Marseille, mais il offre cette particularité que la névrose, mise à jour par le paludisme, se révèle surtout sous la forme de l'automatisme ambulatoire. Les fuges hystériques se sont définitivement substituées aux accès paludéens, dont elles gardent la périodicité.

Obs. II. — Hystéro-épilepsie avec fugues somnambuliques.

Notre second malade, Louis L..., âgé de vingt-deux ans, est entré à Villejuif le 15 mai 1906.

Son père, ouvrier mécanicien, était alcoolique et est mort d'accident ; sa mère, encore vivante, se porte bien ; il a deux sœurs dont la santé et l'intelligence sont normales ; deux frères sont morts à quelques mois ; il n'y a jamais eu d'aliénés dans sa famille, dont paraît-il plusieurs membres sont nerveux.

Personnellement le malade n'a eu ni convulsions, ni maladies de l'enfance.

Mis en classe dès l'âge de trois ans, il y resta jusqu'à sa treizième année sans avoir rien pu apprendre ; il avoue lui-même qu'il avait une mauvaise tête, manquait fréquemment l'école et mettait sa gloire à amuser ses condisciples par ses farces. C'est ainsi qu'à treize ans il était encore incapable de signer son nom et pouvait tout au plus épeler l'alphabet.

---

(1) Boinet. Hystérie et paludisme. *Presse médicale*, 21 décembre 1901.

©BIUM

Ses parents résolurent alors de lui faire gagner sa vie; on voulut lui enseigner un métier, mais il ne se plut dans aucun et fut tour à tour apprenti serrurier, ébéniste, brossier, garçon de café, pâtissier, boucher, et enfin plongeur; c'est là qu'il sentit sa vocation véritable : « Je ne crains personne pour la plonge », nous affirme-t-il.

Il exerçait donc avec joie ses fonctions de plongeur, lorsque vers la quinzième année il se mit spontanément à apprendre à lire et à écrire sous la direction de l'enfant de son patron, âgé de dix ans. Toute sa vie d'études se borne à cette période de six mois; elle l'a rendu capable de s'intéresser à la lecture d'un roman et de s'exprimer par écrit; il prétend même connaître l'allemand et cite comme preuve quelques mots usuels mal prononcés.

C'est à cette époque que s'éveilla son instinct génital; un camarade l'initia à la masturbation à laquelle il se livre depuis, avec frénésie, jusqu'à quinze fois par jour; il n'a jamais eu de rapports sexuels avec les femmes, qui ne paraissent pas l'attirer; mais à diverses reprises s'est abandonné, pour gagner une pièce de 5 francs, à la pédérastie passive.

Il souffre fréquemment de la tête, et cette céphalée est variable avec les oscillations atmosphériques.

D'un tempérament impulsif, il lui est arrivé souvent de frapper brusquement ses interlocuteurs au cours d'une discussion. Dans la campagne, tandis qu'il gardait les bestiaux, il était pris brusquement de violentes colères, au cours desquelles il brisait ce qui l'entourait, ou assommait à coup de triques les jeunes animaux dont on lui avait confié la garde. A cause de ces actes qu'il regrettait d'ailleurs, mais qu'il ne pouvait pas s'empêcher d'accomplir, il fut interné pendant deux mois à la maison de correction de Bologne.

D'autres fois, si par hasard une souris venait à passer à portée de sa main, il se précipitait sur elle et la portait toute vivante à la bouche, puis d'un coup de dent lui tranchait la tête qu'il dévorait; il ignore les motifs pour lesquels il agissait ainsi, affirmant qu'il ne trouvait là aucun plaisir, mais il se rappelle fort bien ces actes répugnants auxquels il donne le nom de « lubies ». C'est d'ailleurs de cette même expression qu'il se sert pour désigner tous les phénomènes bizarres de sa conduite. « Pendant mes lubies, dit-il, je suis fou, je ne sais pas ce que je fais, mais ça ne dure pas! »

Lors de sa seizième année, il présenta pour la première fois

©BIUM

les phénomènes suivants qui se renouvelèrent souvent par la suite.

Depuis plusieurs mois, il était placé chez un patron où il était très heureux, lorsqu'un beau matin, à 10 heures, il se trouva aux Halles sans savoir comment il y était venu; la veille, il s'était couché comme d'habitude, et depuis il a tout oublié. Honteux de cette absence illégitime, il n'osa pas retourner chez son maître et chercha une nouvelle place.

N'en ayant pas trouvé, il partit volontairement cette fois, sans dire adieu à sa famille pour ne pas s'attendrir; il allait devant lui à la campagne, pensant y trouver plus facilement de l'ouvrage; il marcha pendant des semaines, s'offrant à exécuter n'importe quelle besogne contre l'aumône d'un morceau de pain ou l'autorisation de passer la nuit dans la paille. Enfin, dans le Jura, il trouva un fermier qui le garda comme domestique pendant un an. Il écrivit de là à ses parents pour leur donner de ses nouvelles; ceux-ci ayant désiré son retour, il se décida à regagner le domicile paternel.

Revenu à Paris, il reprit son métier de plongeur. Il travaillait ainsi à l'Elysée-Palace lorsque, de nouveau, un matin, il se réveille encore aux Halles, tout habillé, comme la fois précédente. Il est sûr de s'être endormi la veille dans son lit habituel et ne sait absolument pas quand il se leva, comment il partit, ni ce qu'il fit jusqu'au moment où il reprit connaissance. Cette fois encore, la honte de ce départ l'empêcha de revenir chez ses patrons.

Il fit alors plusieurs places et mena une existence vagabonde, vivant de rapines avec d'autres polissons dont il avait fait la connaissance pendant son séjour à la maison de correction de Bologne. Soit à Paris, soit en province, il fut condamné plusieurs fois pour vols. La condamnation la plus grave date du 16 novembre 1902 : on lui infligea trois ans de prison et trois ans d'interdiction de séjour pour vol qualifié.

Pendant ce dernier emprisonnement, il fut souvent puni à cause de ses « lubies », nous dit-il : brusquement, à l'atelier, il se levait sans motif et marchait à grands pas pendant quelques minutes en fredonnant; ce sont les codétenus qui répétaient au malade ce qu'il avait fait pendant ces absences. Les gardiens, croyant qu'il se moquait d'eux, lui infligeaient chaque fois une nouvelle punition.

Libéré le 7 octobre 1905, il resta deux jours chez sa mère, puis se plaça comme garçon de ferme chez un cultivateur près

©BIUM

de Chantilly. Au bout d'un mois, il se réveilla un beau matin étendu près du bassin d'un village distant d'un kilomètre de l'habitation où il s'endormit. Il se rappelle que la veille la patronne, qui avait sans doute remarqué les habitudes somnambuliques de son domestique, vint lui donner une lanterne et des allumettes en lui disant : « Si vous prenez vos lubies, venez me trouver, mais ne mettez pas le feu. » Sur ces recommandations, il se déshabilla et grimpa dans le lit de l'étable.

Fidèle à son habitude de ne pas retourner chez le maître qu'il avait ainsi quitté sans le prévenir, il alla droit devant lui, et pendant deux jours erra à l'aventure. Il s'introduisit dans une grange pour y passer la nuit, déroba des vêtements dans une ferme dont la porte était ouverte, et où il n'y avait rien de mieux à prendre; à la fin du deuxième jour, ne sachant que devenir, il alla se constituer prisonnier à la gendarmerie de Chantilly.

Il raconte sa vie avec beaucoup de désinvolture, essayant tout d'abord de cacher ses méfaits ou de les mettre sur le compte de sa maladie; mais en insistant un peu, on arrive à lui faire avouer qu'il est réellement un voleur, qu'il était parfaitement conscient lorsqu'il cambriolait, toutefois; le faible développement de son sens moral ne lui permet pas de se rendre un compte exact de la gravité de ses actes. Sa débilité mentale l'empêcha de résister aux mauvais exemples de son entourage.

Depuis son entrée à l'asile, il s'est montré docile, a parfois des discussions un peu vives avec ses voisins, mais sa colère est vite passée, et il ne frappe que rarement. Il fréquente de préférence les malades réclameurs, aime à se mêler aux petites intrigues du quartier, prend part aux complots tramés contre la discipline; mais lorsqu'on l'interroge, après une résistance de quelques instants, il ne tarde pas à dénoncer ses complices.

Il lit assez couramment, mais ne demande aucun livre, ni aucun journal; ne s'intéressant à rien autre qu'à aider les infirmiers et à leur montrer ses talents de plongeur.

A l'examen, on constate une diminution des réflexes cornéen et pharyngien.

Le cas de ce malade est complexe, on reconnaît dans sa vie les méfaits d'un être vicieux, les impulsions d'un épileptique et les manifestations morbides de l'hystérie.

Son tempérament vicieux lui dicta les nombreux

©BIUM

délits dont il s'est rendu coupable et qu'il essaye de mettre sur le compte de la maladie. En l'interrogeant avec soin et en compulsant son dossier à la Préfecture de police, on constate qu'il était en état de lucidité parfaite lorsqu'il les commit, et que le vol en fut toujours le mobile. Ce garçon, qui n'est âgé que de vingt-deux ans, a déjà passé plusieurs années de sa vie dans des maisons pénitentiaires.

Tous les caractères épileptiques se retrouvent dans les « états d'absence » qui furent cause des punitions infligées au malade pendant son emprisonnement et dont nous avons observé plusieurs depuis son entrée à l'asile : tout d'un coup, il se met à marcher à grandes enjambées, l'œil hagard, dodelinant de la tête et chantonnant à pleine voix ; son visage est pâle, et si on l'interpelle, il ne répond jamais. Au bout d'une ou deux minutes, il revient à lui, souriant. Si on lui fait remarquer l'anomalie de sa conduite pendant les instants précédents, il l'explique en disant : « Je ne me souviens pas ; j'ai dû avoir une lubie. » De même essence sont les impulsions qui le jetèrent sur les animaux dont il était berger et sur les individus avec qui il discutait.

Quant aux phénomènes ambulatoires relatés plus haut, ce sont des manifestations du somnambulisme, « cette perturbation de la nature, dit Joseph Franck (1), dans laquelle le sujet a toutes les apparences du sommeil et exécute toutes les actions qu'on exécute pendant la veille ». La date à laquelle se manifestèrent ces troubles pour la première fois (seize ans), leur apparition constante pendant le sommeil, l'oubli total qui frappe tous les événements déroulés depuis l'instant où il s'est mis au lit jusqu'au moment où il se réveille en reprenant conscience, la durée de l'accès ne se prolon-

(1) Joseph Franck. *Traité de pathologie interne*, 1877.

©BIUM

geant jamais au delà des premières heures de la matinée, l'attitude parfaitement correcte du malade dont aucun acte n'attira l'attention sur lui pendant qu'il était dans cet état, tous ces caractères appartiennent au somnambulisme hystérique. MM. Charcot (1) et Colin (2) ont étudié, le premier dans les *Leçons du mardi*, le second dans sa *Thèse*, une malade dont l'observation ressemble beaucoup à la nôtre. Plusieurs autres auteurs, Gilles de la Tourette (3), Guinon, Sollier (4), ont examiné des cas analogues de somnambulisme, qu'ils considèrent comme des formes larvées de l'hystérie.

Les anomalies morbides de ce malade, qui n'eut jamais de convulsions, doivent donc être considérées comme l'expression d'une hystéro-épilepsie psychique. Celle-ci est comparable aux hystéro-épilepsies motrices dans lesquelles les attaques convulsives présentent mélangés les caractères des deux névroses. Il n'eut que des troubles psychiques, mais parmi eux les uns sont d'origine épileptique (absences), les autres d'origine hystérique (somnambulisme).

Obs. III. — Alcoolisme. Fugue.

Léj..., Joseph, entré à Villejuif le 23 mai 1906, est âgé de trente-quatre ans. Il exerce le métier de mécanicien.

Son père et sa mère ont une soixantaine d'années et se portent bien; il a perdu des frères en bas âge du croup, il lui reste deux sœurs qui sont en bonne santé. Un de ses oncles, grand buveur, est mort dans un asile d'aliénés.

Personnellement, il n'a pas eu d'autre maladie que la rougeole pendant son enfance. Il fit trois ans de service militaire en

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, t. I, p. 165 .
(2) Colin. *Etat mental des hystériques*, 1890, p. 28.
(3) Gilles de la Tourette. Hystérie in *Traité de médecine*, de Brouardel et Gilbert.
(4) Sollier. *Genèse et nature de l'hystérie*, 1897.

©BIUM

Bretagne et contracta, à plusieurs reprises, des affections vénériennes, blennorragies, chancres; mais jamais il ne remarqua les symptômes de la syphilis.

A son retour du régiment, il se maria à Nantes et n'eut pas d'enfant. Sa vie conjugale fut supportable pendant cinq ans; au bout de ce temps, ayant quitté sa place d'ouvrier mécanicien pour s'installer à son propre compte, il fut obligé de boire davantage pour attirer la clientèle. C'était surtout du vin, plutôt que des liqueurs, qu'il consommait. Ces habitudes d'intempérance et le sentiment antireligieux qu'il professait furent cause de nombreuses discussions dans le ménage; souvent il trouvait la porte fermée quand il rentrait le soir; cependant, il affirme n'avoir jamais frappé sa femme qu'une seule fois.

Après deux années de scènes continuelles, celle-ci demanda et obtint la séparation; le mari fut condamné à lui verser une somme mensuelle de 60 francs, qui ne fut payée qu'un seul mois et ne fut plus réclamée. Depuis cette époque, 1902, les époux ne se sont plus revus.

Redevenu célibataire, notre malade, qui reconnaît ses torts, sans manifester un bien gros remords, se remit à travailler chez les autres. Ne trouvant pas de place à Nantes, où il avait vécu jusque-là, il résolut de venir à Paris, qu'il gagna par petites étapes, s'employant pendant des semaines ou des mois dans les villes qu'il traversait.

Depuis un an il était à Paris, où il entra successivement chez trois patrons, lorsque se déroula l'épisode pour lequel on l'interna.

Il gagnait 8 fr. 50 comme ouvrier mécanicien dans une usine où il était embauché depuis cinq mois, et la connaissance qu'il avait faite de nouveaux camarades le forçait à des excès de boisson; il prenait environ trois litres de vin blanc par jour et différents petits verres de rhum. L'un des premiers jours de la semaine sainte (c'est-à-dire durant la première quinzaine d'avril), il eut une vive discussion avec son patron, qui lui reprochait, à tort, prétend-il, de mal exécuter certaine partie de son travail. « Puisqu'il en est ainsi, s'écria l'ouvrier, je vais vous quitter immédiatement », et il abandonna aussitôt l'atelier.

Il passa la fin de la semaine à se promener dans son quartier, cherchant une place, et buvant encore davantage que de coutume.

Le soir du samedi saint, il rentra chez lui assez tôt et se

©BIUM

coucha, mais à peine au lit, il entendit des menaces et des heurts contre les murs ; effrayé, il se barricada chez lui et attendit le jour dans les transes. Dès que l'aurore parut, il descendit dans l'allée, où il dut rester quelques instants, jusqu'à ce que le concierge vînt lui ouvrir le portail, et partit.

Dès ce moment, le souvenir qu'il a conservé est confus, morcelé, et il ne peut pas garantir l'authenticité de ce qu'il rapporte. Il marcha sans savoir où il allait, ayant conservé la sensation que c'est la peur qui le chassait ; certains lambeaux de sa conduite pendant sa fugue surgissent dans sa mémoire, isolés et sans lien. Il croit que sa marche dura plusieurs jours. Il se revoit, la première journée, traversant le Bourget, dont il lut le nom sur une borne kilométrique et y buvant un verre de vin ; au crépuscule, toute une bande de bêtes grimaçantes se mit à ses trousses, puis il tomba au milieu de villageois en fête, traversa une belle prairie et coucha dans un bon lit, mais ne sait ni dans quel village, ni dans quelle maison ; il lui sembla avoir payé sa nuit soit avec de l'argent, soit avec sa montre, car à son retour à Paris il n'avait plus rien sur lui.

Il se revoit le lendemain soir trouvant un ouvrier sur la route ; on le mène chez un bourrelier, à qui il demande du travail.

Celui-ci, après quelques minutes de conversation, ayant remarqué les divagations de son interlocuteur, le fait sortir de chez lui sous prétexte de l'envoyer aux cabinets, et ne lui ouvre plus.

Abandonné dans la nuit, il est enfermé par un garde champêtre dans une cabane pleine de paille ; bientôt une lueur embrase ce réduit, des ombres menaçantes brandissent des revolvers et des poignards ; éperdu, il s'enfuit dans les ténèbres à travers les champs.

Au petit jour, un spectacle merveilleux lui apparaît : les airs sont sillonnés de beaux navires et des ballons étincelants prennent leur essor vers les nuages ; sa sœur est dans l'un d'eux et lui sourit ; du milieu de la foule bigarrée des navigateurs aériens, un Chinois tient au malade des discours qu'il ne comprend pas, mais qui le font rire à gorge déployée.

Au bord de la route un gros bloc de pierre carré était enfoncé ; il s'imagine que c'est une automobile enlizée, y grimpe dessus et fait tous ses efforts pour la faire démarrer. A ce moment des chauffeurs lui apparaissent sous la forme de deux gendarmes qui l'emmènent avec eux.

©BIUM

Il les suit docilement; arrivé au poste, il veulent l'emprisonner, il refuse, on lui cède, il boit, il mange avec eux. Puis il se retrouve à la gare, un individu en civil lui remet deux bulletins, il est dans un wagon, un homme est près de lui, il entend la voix de sa sœur qui lui dit : « Laisse-toi faire », il descend sur le quai d'une station dont il ignore le nom, il est bousculé, on s'écrie : « Voilà le fou. » On l'arrête pour infraction à la police des chemins de fer, il passe au service anthropométrique, on l'emprisonne; dans sa prison, il ne sait pas où il se trouve; on le menace de mort, des crépitations de pistolet éclatent de tous côtés; il a peur et crie au secours. On le transfère à la Santé, où pendant un mois il fait des porte-monnaies; ses hallucinations s'espacent, on le conduit à Sainte-Anne le 19 mai et il entre à Villejuif le 24.

Depuis son arrivée dans le service, il est calme et sans délire; le récit qu'il nous a fait des circonstances qui amenèrent son internement n'a pas varié. Son intelligence est normale, il travaille avec adresse et s'est toujours montré raisonnable. L'examen ne montre rien d'anormal en lui, si ce n'est un léger tremblement de la langue et des doigts.

La fugue que nous venons de décrire est bien spéciale. Le départ de ce malade a eu un motif : le désir d'échapper à des ennemis imaginaires; de plus il a pu attendre le lever du jour pour se mettre en route. C'est au contraire une force mystérieuse, irrésistible, exigeant une obéissance immédiate, qui précipite tout d'un coup les pas des deux malades étudiés plus haut.

Pendant toute son équipée, il a gardé une demi-conscience dont le souvenir confus l'empêche d'affirmer si réellement se sont accomplis les événements qu'il se rappelle ou s'il ne les a pas simplement rêvés. Cette fuite éperdue devant des hallucinations terrifiantes, dont une amnésie lacunaire ne permet que l'évocation incomplète dans l'esprit du malade, n'était donc que la mise en action d'un délire onirique engendré par l'alcoolisme.

©BIUM

Obs. IV. — Démence précoce. Fugues.

L....., trente-quatre ans, mécanicien, entré à Villejuif dans le service du Dr Marie, le 17 juillet 1906.

L'hérédité de ce malade est fortement chargée. Son père, qui est mort d'une tumeur splénique après un an de maladie, avait un frère idiot et une tante imbécile. Sa mère, fille d'un alcoolique invétéré, fut emportée six semaines après la naissance du malade par une phtisie galopante qui se déclara pendant sa grossesse.

Il a un frère âgé de quarante-cinq ans, dont la santé et l'intelligence sont normales.

Personnellement, il n'a jamais eu de maladies de l'enfance, ni de convulsions. D'une capacité intellectuelle peu considérable, il ne put jamais passer le certificat d'études, mais savait parfaitement lire, écrire et compter. Mis en apprentissage comme mécanicien à l'âge de quinze ans, il gagnait 5 francs par jour. C'était un bon ouvrier estimé de ses patrons, et il ne changea pas une seule fois de place jusqu'à son service militaire. Il ne fréquentait pas le café, vivant en famille, prenant ses distractions avec les siens, auxquels il témoignait une vive affection.

Arrivé au régiment, il mena une conduite exemplaire pendant deux ans, n'encourut aucune punition, avait obtenu le grade de caporal, lorsque brusquement il se relâcha; il arrivait en retard sur les rangs, négligeait son astiquage, n'exécutait pas les ordres qu'on lui donnait. Par considération pour sa bonne conduite antérieure, ses chefs lui firent d'abord des observations, puis se décidèrent à le punir, et enfin écrivirent à ses parents pour leur dire que leur fils était complètement changé et ne faisait que « bêtise sur bêtise ».

Un soir, il rentra à la caserne une heure après l'appel. Le sous-officier lui ayant infligé une punition, il fit demi-tour séance tenante et disparut pendant six jours.

Au bout de ce temps il se présenta tout débraillé au quartier, racontant que le chef d'une gare voisine l'avait fait monter le matin même dans le train en lui recommandant de regagner son corps. On ne put avoir aucun renseignement sur l'emploi de ces journées d'absence.

Il répondait simplement qu'il était parti, qu'il était allé dans les bois, qu'il n'avait vu personne, qu'il était revenu parce que le chef de gare lui en avait donné le conseil.

Mis en prison, puis examiné par les médecins, on le garda

©BIUM

au régiment, jusqu'au moment de sa libération. Par égard pour ses antécédents on fut indulgent pour lui, on lui confia une besogne de domestique plutôt qu'on n'exigea de lui des devoirs de soldat. Il fit aussi des stages fréquents à l'hôpital, parce qu'il se plaignait souvent de malaises et avait de vagues idées de persécution mal systématisées ; on lui en voulait, on le méprisait, etc.

Une fois libéré, ses parents le menèrent consulter un spécialiste. Celui-ci leur expliqua que le jeune homme était atteint « d'une paralysie du cerveau incurable, qui ne ferait qu'empirer à l'avenir ».

Ils le ramenèrent chez eux, où depuis dix ans il vit uniquement de la vie végétative.

Les camarades qui ne l'avaient pas vu depuis son départ pour l'armée, ne le reconnaissaient pas. Au lieu du garçon affectueux, docile et propre qu'ils avaient connu, ils retrouvaient un être indifférent, violent et sale. Ne s'intéressant à rien, la faim et la soif seules lui faisaient ouvrir la bouche. Ses parents pouvaient partir en voyage, être malades, rien ne l'impressionnait. Assis sur une chaise ou accroupi dans un coin de l'appartement, il s'amusait avec le chat, ou avec des morceaux de papier. Une de ses occupations favorites était de casser les objets : boîtes, chaises, cartons, etc., et d'en jeter les débris au feu. Si on s'opposait à ses caprices de destruction, on s'attirait des injures et des coups. Sa distraction la plus intelligente était de collectionner des papillons et des insectes. A l'heure des repas, il se jetait gloutonnement sur la nourriture. Souvent aussi pendant le jour, si on oubliait la clef du garde-manger, on était certain qu'il avait maraudé tout ce qui s'y trouvait.

Il sortait aussi dehors, mais toujours seul, refusant toute compagnie, rôdait dans le quartier, sans dire un mot à qui que ce soit, dépensait les quelques sous que son père lui donnait, en achat de pâtisseries et de bonbons, et rentrait généralement au moment du dîner.

Cependant, pendant les premières années de son affection, il accomplit de véritables fugues. Nous avons exposé la première, qui eut lieu pendant son service militaire.

Un an après sa libération, il disparut pendant trois jours ; lorsqu'il revint, il déclara qu'il s'était promené et avait été dans les bois, il sortit de ses poches des fleurs qu'il avait cueillies en route et éclata de rire quand ses parents lui exprimèrent leur inquiétude.

Deux mois plus tard, nouvelle disparition de huit jours, au bout desquels il réapparait spontanément, sans fournir plus d'éclaircissements.

Puis des absences de une ou deux journées se renouvellent une fois par mois environ, dans la suite.

Enfin il y avait trois ans qu'il avait quitté le régiment, lorsque pendant trente jours on ne sut ce qu'il était devenu. Depuis quelques mois, il avait économisé les quelques sous qu'on lui donnait pour acheter une boîte à insectes, et se trouvait avoir une dizaine de francs sur lui, pensent ses parents, lorsqu'il partit. Ce furent les gendarmes qui l'arrêtèrent, couché sur une place publique de Rouen. Il n'avait jamais été dans cette ville, dont il n'a d'ailleurs pu dire le nom lors de son arrestation; il n'y connaissait personne, on ne put savoir comment il y était venu; il raconta qu'il avait vu des fermes, des pommiers, mangé des pommes, qu'il avait pris le chemin de fer, mais ne fournit aucun autre détail.

Peu après, il eut une dernière fugue, qui dura trois jours. Depuis sept ans, ce symptôme n'a pas réapparu.

D'autre fois au contraire, il restait plusieurs jours sans quitter le lit.

Il était impossible de le tenir propre; on ne pouvait jamais obtenir qu'il se lavât lui-même, et pour le débarbouiller il fallait lui livrer de véritables batailles. Il ne voulait pas changer de linge et ses habits étaient toujours couverts de taches et déchirés.

Cependant cet état « d'idiotie acquise » était entrecoupé de rémissions qui duraient plusieurs jours, et pendant lesquelles on pouvait obtenir de lui certains services : lavage de vaisselle, pliage de journaux, etc. C'est alors qu'il passait ses loisirs à remplir les feuilles de papier qu'il trouvait, de propos incohérents où du moins se décelaient certaines idées de persécution. En revanche, il ne lisait jamais.

A d'autres époques, il y avait aggravation dans son état. Il causait tout seul avec une volubilité excessive, se promenant dans la chambre pendant des heures entières sans s'arrêter. Dans le flot décousu de ses paroles, se découvraient des idées de grandeur et de persécution vagues. Il ne parlait jamais de lui qu'à la troisième personne : « L... est général, il va se plaindre à la place, on le fourrera dedans, etc. Durand (son cousin) est un menteur, il dit que L... a volé ; il ne rentrera pas car je le jetterai par la fenêtre, etc. »

©BIUM

Souvent en proie à une violente excitation, il interpellait directement un membre de sa famille et l'injuriait avec fureur; mais jamais il n'exécuta les menaces qu'il proférait. On aurait dit, déclare sa tante, qu'il criait pour se soulager, mais n'avait pas réellement envie de battre ; et de fait, il ne frappait jamais que lorsqu'on résistait à ses désirs, lorsqu'on lui enlevait les objets qu'il voulait casser, et quand on l'empêchait de sortir.

Des éclats de rire soudains interrompaient fréquemment, soit le mutisme où il se renfermait, soit le verbiage où il se dépensait.

Il avait pour les femmes une aversion marquée; il fuyait leur fréquentation et faisait de grands détours dans la rue pour éviter de les croiser.

Sa tante le garda ainsi chez elle pendant dix ans. En juillet dernier, à la suite d'un accès de colère du malade, auquel elle avait voulu arracher des draps de lit, qu'il s'amusait à déchirer, elle fut terrassée et rouée de coups par lui ; c'est alors qu'elle se décida à suivre les conseils des voisins et à le faire interner.

Depuis son internement, il est resté dans le même état que celui décrit par ses parents. Il passe les journées dans l'inaction, obéissant assez docilement aux ordres des gardiens ; sous leur conduite il porte le linge au blanchissage, change les paillasses, nettoie les pièces, etc. Il a des hallucinations auditives sur lesquelles il ne fournit aucun renseignement, mais dont on peut affirmer l'existence par son attitude et par les paroles qu'il prononce : il profère des injures contre des êtres imaginaires.

Par moments et sans raison, il se met brusquement à crier et à bondir; pendant dix minutes le corps ployé en une contorsion grotesque, il avance par bonds successifs et égaux; puis il reprend son attitude normale. Ces stéréotypies se reproduisent plusieurs fois par jour.

Sa malpropreté habituelle l'a fait placer dans le quartier des gâteux, bien qu'il n'ait pas de troubles sphinctériens.

Ses réponses sont incohérentes; il ignore son âge, le jour, l'année, etc., et ne cause avec personne.

A l'examen on constate une inégalité et une paresse pupillaire marquées; un léger tremblement de la langue et des doigts. Pas d'exagération des réflexes. Sa santé physique est bonne; son appétit est exagéré et il dort bien. Son poids est de 58 kilogs.

Aux poumons on note :

En arrière du sommet gauche: une légère submatité avec

exagération des vibrations et respiration un peu rugueuse. En avant et à droite la sonorité est diminuée sous la clavicule. Il ne tousse et ne crache pas; n'a jamais eu d'hémoptysies.

L'interrogatoire minutieux des parents de ce malade, dément précoce avéré, nous a permis de distinguer dans les fugues qu'il présenta certains caractères particuliers.

Une période d'agitation précéda de quelques jours chacune d'elles, si bien que ses parents les prévoyaient toujours, mais ne cherchaient jamais à les empêcher, pour éviter les scènes de violences que leur opposition aurait provoquées. Il se parlait à lui-même avec plus de rapidité, parcourait la chambre avec plus d'animation, sortait plus fréquemment dehors pendant la journée; d'une de ces promenades il ne rentrait plus, et il s'écoulait plusieurs jours sans qu'on le revît.

Tout d'un coup il réapparaissait plus sale et plus affamé que jamais, se précipitait avec voracité sur les aliments et s'endormait profondément, restant jusqu'à vingt-quatre heures sans se réveiller.

Aucune modification de son affaiblissement intellectuel ne suivit, ni ne précéda ces fugues, et il est certain qu'il en fut de même pendant leur accomplissement.

En effet, jamais pendant ses absences il ne commit d'excentricité plus manifeste qu'à son état normal; il ne fut arrêté qu'une fois par la police, lors de son voyage à Rouen et pour avoir été trouvé endormi sur un banc; il fut capable parfois de prendre le train, et put toujours trouver sa route pour revenir. Le sens de l'orientation n'avait donc subi chez lui aucune atteinte.

Il ne racontait pas spontanément ce qu'il avait fait, puisqu'il répondait à toutes les questions par cette simple phrase : « Je ne sais pas, je suis allé me promener », éclatant de rire ou entrant en fureur, suivant

©BIUM

la disposition du moment, lorsqu'on insistait ; mais il est certain qu'il en avait gardé le souvenir, comme le prouvent les remarques suivantes.

Il arrivait qu'au cours de ses pérégrinations il avait été rencontré par certaines personnes de sa connaissance. Celles-ci essayèrent chaque fois de le ramener à la maison : un cocher lui proposa de le prendre dans sa voiture, un ouvrier lui offrit une consommation, etc. Toujours il refusa par ces mots : « Oh non, il faut que je m'en aille », et il s'enfuyait pour rester seul.

Or, lorsqu'après son retour on lui répétait les rencontres qu'il avait faites, il les avouait sans difficultés, ajoutant de lui-même quelques détails toujours exacts : « M. X... t'a rencontré l'autre jour, lui disait-on. — Ah oui, c'était à l'Opéra, il était dans sa voiture, il y avait beaucoup de monde. — As-tu vu M. Z...? — Ah oui, j'allais me chauffer vers les fours à chaux. — Pourquoi as-tu ce billet de chemin de fer? — Ah, c'est que j'ai pris le train. »

Ces exemples nous permettent de conclure que pendant ses fugues notre malade conserve la même lucidité que pendant les périodes intercalaires, lucidité confuse naturellement, puisqu'il est dément précoce. Mais il n'y pas eu, comme dans l'épilepsie, éclipse de sa conscience pendant qu'il les accomplissait, puisqu'il s'en souvient. L'état démentiel dans lequel il se trouvait avant et qui est resté le même pendant leur accomplissement, l'a empêché de se rendre un compte exact de tout ce qu'il faisait et l'empêche à son retour de les évoquer spontanément dans sa mémoire. C'est là l'expression d'un trouble caractéristique et permanent de la démence précoce : l'incapacité d'attention.

A l'encontre de ce qui a lieu pour certaines affections où l'automatisme ambulatoire est l'effet d'une perturbation momentanée de l'intelligence (épilepsie avec

amnésie complète consécutive, alcoolisme avec hallucinations terrifiantes, cas de notre 3e observation), les fugues de notre malade nous apparaissent comme un *paroxysme purement moteur*. L'agitation motrice qui les précède de quelques jours, l'épuisement physique qui leur succède (sommeil ininterrompu de vingt-quatre heures), la persistance de la conscience et du souvenir, sont autant de caractères qui nous forcent à les considérer comme de véritables *décharges motrices*.

On remarquera aussi avec quelle facilité de semblables fugues survenant chez un militaire peuvent sembler autant d'escapades. Les réponses évasives que donne le sujet à son retour, les aveux qu'il se laisse arracher lorsqu'on le questionne habilement, sa colère ou son ricanement pendant l'interrogatoire, peuvent le faire considérer comme un simulateur furieux de se voir découvert ou narguant ses juges, alors qu'il n'est qu'un malade. Nous ne voulons pas dire pour cela que toutes les fugues des soldats soient une preuve de démence précoce. D'autres états pathologiques, la débilité mentale en particulier, peuvent leur donner naissance comme ce fut le cas pour le malade dont nous résumons ci-dessous l'observation.

Obs. V. — Débilité mentale. — Fugues.
Responsabilité atténuée.

Vital G..., dix-huit ans, engagé volontaire aux chasseurs d'Afrique, est entré le 4 octobre 1905, à l'hôpital militaire d'Alger, où il a été examiné par le Dr Pactet.

Les renseignements fournis par l'enquête ne signalent aucune tare héréditaire chez ses ascendants.

Personnellement il aurait été atteint de méningite à l'âge de deux ans et de fièvre typhoïde à six ans. D'une débilité mentale congénitale, il n'a pu acquérir qu'une instruction rudimentaire, bien qu'il soit resté en classe jusqu'à l'âge de onze ans. Depuis cette époque, son père, entrepreneur de maçonnerie,

©BIUM

l'employait chez lui. A diverses reprises il lui arriva de quitter sa famille sans la prévenir et de s'absenter pendant sept ou huit jours.

Engagé volontaire le 22 mars 1905, pour trois ans, à Marseille, il entrait au 1er régiment de chasseurs d'Afrique à Blidah et, quelques jours après, le 6 avril, désertait, s'embarquait pour la France et se rendait chez ses parents qui le faisaient aussitôt arrêter par la gendarmerie de Marseille.

En raison de la brièveté de son temps de service, il ne fut pas traduit devant un conseil de guerre.

Le 31 juillet, nouvelle désertion, nouvelle traversée de la mer, nouveau retour dans sa famille, qui le remet encore entre les mains des gendarmes.

Mis en prévention de conseil de guerre, il fut transféré à l'hôpital à fin d'observation. Interrogé sur les raisons de ses départs, il répond qu'il a cédé au désir subit de partir. Il ajoute que de tout temps il a eu une tendance à faire des fugues, qu'il a quitté la maison paternelle à deux reprises sans raison, pour aller travailler aux Salins de Giraud où il est resté une première fois deux jours, une seconde fois sept ou huit jours; au bout de ce temps il touchait son salaire et rentrait chez ses parents.

Les déclarations sur les causes de ses désertions varièrent un peu; la nostalgie, le désir de châtier une maîtresse qui ne lui envoyait plus d'argent, la complicité d'un camarade qui lui aurait fourni des vêtements de civil, furent tour à tour invoqués. En tout cas ce sont toujours des *motifs plausibles*, quoique contradictoires, qu'il allégua. Quel que soit celui auquel il obéit réellement, on ne peut voir dans ses retours successifs auprès des siens, que le résultat de l'instabilité constitutionnelle de son caractère, et instabilité n'est pas démence.

Aussi, après avoir examiné le prévenu chez lequel il ne trouva aucun délire, aucun signe d'épilepsie, d'hystérie, ni d'alcoolisme, le Dr Pactet fit le diagnostic de débilité mentale et conclut à une diminution de la responsabilité.

L'inculpé fut alors condamné, *mais avec bénéfice de la loi de sursis*, et incorporé dans un régiment de Toulon. Depuis son arrivée dans cette garnison, proche de sa ville natale, sa conduite a été normale, il n'a encouru aucune punition, et il est très content de son sort.

Ce cas peut être opposé à celui d'un autre militaire

©BIUM

examiné par le Dr Pactet, dont les fugues s'accompagnaient des autres symptômes de la démence précoce. Celui-ci, réformé à la suite de l'examen médical, a été interné dans un asile d'aliénés, où sa déchéance intellectuelle n'a fait que se confirmer depuis.

L'avenir différent réservé à chacun de ces déserteurs qui, un an après leur désertion, se trouvent, l'un dans un régiment où il accomplit avec joie et à la satisfaction de ses chefs son service militaire, l'autre dans un asile où il languit dans le gâtisme, empêche de confondre en une même origine les symptômes communs que tous deux présentèrent au même moment.

Tous les soldats qui ont des fugues ne sont donc pas des déments précoces, contrairement à la conclusion qui semble se dégager du travail de M. Monod (1) sur les formes frustes de la démence précoce.

Conclusions

De ce travail qui nous a été inspiré par notre maître le Dr Colin, se dégagent les conclusions que voici :

I. Les fugues de notre premier malade représentent un type particulier de la fugue hystérique. Elle possèdent de celle-ci les caractères classiques suivants : ce sont des impulsions irrésistibles, à début nocturne, accomplies d'une façon intelligente, régulière et sans violence ; mais elles s'en distinguent par la conservation du souvenir qui leur survit.

Nous avons vu que M. Raymond considère l'amnésie comme un des symptômes essentiels de la fugue hysté-

(1) G. Monod. *Les formes frustes de la démence précoce.* Thèse, Paris, 1905.

©BIUM

rique. Mais les troubles qui portent sur la mémoire des hystériques ne consistent-ils pas souvent plutôt en une dysmnésie qu'en une amnésie véritable?

On sait qu'il est possible de ressusciter par l'hypnotisme (1), dans la mémoire de quelques-uns de ces malades, les scènes qui se déroulèrent pendant leurs crises et dont ils ne se souviennent plus à l'état de veille. N'est-ce pas là une preuve qu'il n'y a pas disparition réelle des souvenirs, mais simple effacement? Il n'est donc pas étonnant que dans certains cas cet effacement soit assez léger pour que l'hystérique, sans se rappeler tous les détails de sa fugue, puisse se souvenir du moins des événements saillants de celle-ci. Il s'agit alors d'une *fugue hystérique mnésique* comme celles que nous venons d'étudier ici et comme M. Colin en a rencontré plusieurs fois.

De plus, les manifestations périodiques de cet automatisme ambulatoire ont succédé au paludisme, dont elles remplacent les accès depuis seize ans.

II. C'est une autre forme de l'automatisme ambulatoire hystérique, « le somnambulisme », que nous trouvons chez notre second malade. Les promenades, qui ne commencent jamais que la nuit, après qu'il est endormi, qui se terminent constamment aux premières heures de la matinée, c'est-à-dire au moment habituel de son réveil, pendant lesquelles le sujet endormi se lève, s'habille, parcourt des kilomètres, en un mot se comporte comme à l'état de veille et qui ne laissent à leur suite aucun souvenir, offrent le tableau complet du *somnambulisme hystérique*, tel qu'on le décrit ordinairement.

Or, c'est précisément la réunion complète de tous ces

(1) Pitres. *Hystérie et hypnotisme*, 1891, p. 277.

©BIUM

signes pathognomoniques qui fait l'intérêt de ce cas, car elle nous a permis de dépister la névrose hystérique au milieu des symptômes plus bruyants de l'épilepsie.

III. D'un caractère bien différent est la fugue alcoolique analysée dans la troisième observation. Ce n'est plus une impulsion primitive, c'est une *réaction secondaire à un trouble intellectuel passager*. A diverses reprises une force mystérieuse, irrésistible, précipita les deux malades précédents dans une course soudaine et sans but. Ici les hallucinations terrifiantes de l'alcoolisme provoquèrent la fuite ; la fugue ne fut que l'effet logique du délire.

IV. Tout autre est le cas du dément précoce. Ses fugues ne résultent pas d'un trouble épisodique de l'intelligence ; elles ne sont pas déterminées, comme celles des alcooliques, par l'éclosion subite d'hallucinations, ni comme celles des épileptiques par l'éclipse momentanée de la conscience. Pendant leur durée l'état mental du malade est resté ce qu'il était auparavant ; la confusion où il se trouve habituellement n'a subi aucune modification à leur occasion. Ses fugues portent l'empreinte de la démence, comme le disent Deny et Roy (1) ; mais elles ne sont pas plus démentielles que les autres actes accomplis avant, pendant et après elles.

C'est un trouble survenu dans la sphère motrice et non dans le domaine psychique qui commande ces fugues. Elles sont autant de paroxysmes moteurs qui ne sauraient être mieux comparés, suivant M. Colin, qu'aux ictus dont on connaît la fréquence (2) au début et pendant le cours de la démence précoce.

---

(1) Deny et Roy. *La démence précoce*, 1903, p. 71.
(2) Mlle Pascal. *Ictus dans la démence précoce. Encéphale*, septembre 1906.

©BIUM

V. Les fugues des déments précoces au régiment peuvent souvent en imposer pour des désertions de simulateurs ; mais la démence précoce n'est pas l'unique cause des fugues des soldats. Seuls doivent lui être rattachés les cas d'automatisme ambulatoire qui s'accompagnent d'autres symptômes démentiels et qui sont suivis d'*un affaiblissement psychique progressif*.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PSYCHOSE DE KORSAKOFF A MARCHE CONTINUE

Par le Dr Serge SOUKHANOFF,
Privat-docent de l'université de Moscou.

On constate depuis quelques années une grande animation dans notre littérature spéciale, en ce qui concerne l'étude de la psychose de Korsakoff; on vit apparaître toute une série de nouveaux travaux, de nouvelles observations cliniques sur ce sujet; mais, certes, pour le moment, il ne peut pas y avoir d'accord encore, puisque l'étude de la psychose de Korsakoff ne peut pas être, naturellement, envisagée comme achevée. Dans le présent travail, j'aurais voulu élever au premier plan et souligner d'une manière plus nette certaines particularités symptomatiques qui restent encore insuffisamment éclairées et insuffisamment examinées, et qui se manifestent quelquefois dans le cours de cette maladie si peu portée à donner une guérison complète.

Cette dernière est, pour la plupart des cas, relative, de sorte que de la *restitutio ad integrum*, il peut être question seulement dans des cas rares et exclusifs. Après une période plus ou moins aiguë, parfois présentant un tableau d'une confusion mentale très accusée, survient, dans la grande majorité de cas, un état psychique uniforme de longue durée, caractérisé par l'un ou l'autre

©BIUM

degré d'abaissement du tonus psychique et par l'un ou l'autre degré de faiblesse de mémoire, souvent accompagné de fausses réminiscences. Si les conditions physiques de l'organisme sont favorables, alors l'amélioration survient, quoique lentement (parfois pendant des mois et des années). Dans certains cas, le malade, atteint de psychose de Korsakoff, commence à manifester des phénomènes supplémentaires, par exemple, sous forme d'idées délirantes ou d'état délirant ; les idées délirantes, en ces cas, s'expriment parfois d'une manière très accentuée et parfois très faiblement.

S. S. Korsakoff, déjà, avait fait attention sur cette circonstance. Dans la psychose polynévritique d'origine alcoolique, peuvent se développer et se combiner avec les fausses réminiscences des idées délirantes stables de jalousie. Dans un cas de psychose de Korsakoff, s'étant manifesté chez un homme de trente ans, après un second accès de fièvre typhoïde, j'ai observé pendant la reconvalescence un complexus symptomatique paranoïde.

Le malade en question n'a jamais pris de vin ; en connexion avec le moment étiologique sus-indiqué se développa chez lui le tableau typique de la psychose de Korsakoff, où en premier plan ressortait une amnésie surprenante relative aux événements récents et courants. Les symptômes de polynévrite étaient ici très accusés et très caractéristiques. Puisque ce malade, en général, jouissait d'une santé physique très forte, était jeune et ne prenait pas de vin, il commença bientôt à se rétablir ; la faiblesse physique commença à disparaître ; même les réflexes patellaires, longtemps absents, réapparurent ; les muscles des extrémités revenaient à leur norme ; la mémoire s'améliorait progressivement et le malade reprit ses occupations habituelles, quoiqu'il ne pût plus s'occuper de son affaire au même degré qu'auparavant, car une certaine faiblesse de mémoire persistait encore.

En somme, tout allait chez ce malade, comme cela va ordinairement à des conditions favorables du côté de l'organisme

physique. Mais voilà que sur le fond des phénomènes morbides, que je viens de mentionner, apparaissent chez le malade de nouveaux symptômes; il se manifeste chez lui de certains soupçons, parfois il dit d'une manière très définie que ses camarades de service se moquent de lui et tâchent de faire en sorte qu'il embrouille quelque chose ou qu'il oublie quelque chose.

Surtout ce malade manifesta de l'hostilité contre un de ces amis, avec lequel avant sa maladie il était dans les meilleures relations; actuellement, le malade commence à envisager son ami d'avant, comme son plus grand ennemi, qui lui fait des choses les plus désagréables; par exemple, se trouvant en vacances d'été et demeurant à la campagne, le malade, un jour, après s'être assez longtemps promené au soleil, dont les rayons lui firent des brûlures sur la peau du dos, il commença à raconter que ces brûlures ne provenaient pas du soleil, mais de ce que son ancien ami avait imbibé avec quelque chose de nuisible et de venimeux son linge. Plus tard, le malade assurait que son ci-devant ami était un homme méchant et que la mère de ce dernier était une mauvaise femme; le malade a fait des perquisitions et il a appris, disait-il, que les personnes qui la connaissent la considèrent comme une sorcière.

Sous l'influence de ses idées délirantes, le malade disait parfois à ses parents qu'il était prêt à se venger de son ennemi imaginaire; le malade se conduisait d'une manière étrange, disant à ses patrons qu'il a peur de cet homme et les prie de le sauver.

Les idées délirantes sus-nommées étaient très stables chez notre malade et paraissaient portées à une certaine évolution et à la systématisation.

Encore plus intéressant que le cas précédent apparaît le cas suivant, qui a été observé dans la Clinique psychiatrique de Moscou.

Malade N., de 42 ans, servant dans le Zemstwo, comme inspecteur de la barrière des chemins; avant il était maître d'école. Hérédité : le père était bègue et succomba, à ce qu'il paraît, de phtisie; la mère avait fait des extravagances; le grand-père maternel était scrupuleux. Dans l'enfance, le malade était un garçon gai, vif, volontaire; un temps il apprenait au corps de cadets, mais il acheva ses études au séminaire, et c'est là qu'il commença à boire. Etant maître d'école, il prenait tous les

©BIUM

jours par cinq ou huit verres à vin d'eau-de-vie ; une ou deux fois par mois il s'enivrait très fort. A l'âge de vingt-huit ans, après un incendie de son école, il devint bien plus nerveux, abandonna bientôt ses occupations habituelles, prenant la charge d'aide intendant dans une grande propriété privée; mais deux ans plus tard, il reprit de nouveau ses anciennes occupations. Il commença à boire davantage, absorbant une bouteille d'eau-de-vie quotidiennement; souvent il buvait jusqu'à l'ivresse. A la fin de décembre de 1895 se développa chez lui très rapidement de la faiblesse des membres inférieurs ; en même temps, il se plaignait de douleurs aux pieds, de vertiges, de diplopie; les phénomènes paralytiques augmentaient rapidement; en même temps, on remarqua un trouble dans la sphère psychique, se manifestant par du délire, des hallucinations et craintes d'être tué.

Le 13 janvier 1896, il fut interné dans un asile psychiatrique, où on constata des phénomènes physiques très accentués de névrite multiple avec disparition de réflexes patellaires et un état psychique caractéristique de la psychose de Korsakoff; le premier temps le malade avait des hallucinations, de préférence visuelles. Le malade commença à se rétablir ; la faiblesse physique diminua et l'état psychique s'améliora aussi. Le 8 juin 1896, le malade quitta l'asile psychiatrique, quoiqu'il eût encore de la faiblesse dans les extrémités, de sorte que, revenu à la maison, il dut marcher avec l'aide de quelqu'un et plus tard avec un bâton; en outre, les personnes qui entouraient le malade remarquèrent qu'il avait de la faiblesse de mémoire, surtout pour les faits récents et courants. Plus tard, le malade, qui se sentait mieux sous tous les rapports, prit en mars 1898 de nouveau la place d'un maître d'école dans une petite ville; ici les défauts psychiques se manifestèrent en cela qu'il oubliait les leçons données à ses élèves, ce dont ces derniers profitaient avec succès; mais, pourtant, en donnant les leçons, le malade les expliquait bien à ses écoliers. Au mois de décembre 1898, le malade abandonna de nouveau sa profession de maître d'école et reprit la charge d'inspecteur de la barrière des chemins de Zemstwo. Ce service lui était plus facile, quoiqu'il faille remarquer que dans sa nouvelle charge sa femme l'aidait beaucoup; la mémoire du malade restait toujours faible. Au commencement de 1901, c'est-à-dire cinq ans après le début de la maladie, on commença à remarquer une aggravation dans l'état de sa santé : le malade

©BIUM

devint pensif, taciturne ; il craignait de rester sans place et de laisser sa famille sans moyens pour vivre. En 1902, l'état du malade empira encore davantage : il devint irritable, se querellait avec son entourage ; sa mémoire devint encore plus faible ; parfois le malade racontait des choses n'ayant pas existé. Parfois il assurait, en revenant à la maison, qu'on lui avait volé quelque chose et, en indiquant des passants, assurait que c'étaient les personnes qui avaient participé au vol. Quelquefois il pleurait. L'état du malade empirant, on le plaça de nouveau dans le même asile psychiatrique. C'était dans la première moitié de l'année 1903. A l'hôpital le malade se sentit mieux et bientôt il le quitta. Ainsi, l'affaire allait jusqu'au mois d'octobre de 1903 ; depuis lors, le sommeil du malade devint mauvais, il se levait les nuits, avait peur qu'on ne l'arrête et le condamne à mort pour les crimes qu'il avait commis ; il racontait qu'il a tué un homme et volé une église ; souvent il pleurait ; il lui semblait entendre de certains sons, très effrayants pour lui. Les nuits il voulait quitter sa maison pour se sauver du supplice qui l'attendait ; il pensait que sa femme le trahissait et conspirait contre lui quelque chose.

Le 26 janvier 1904, le malade fut interné dans la clinique psychiatrique de Moscou. Etat présent : les bruits du cœur sont assez sourds ; les réflexes patellaires sont absents ; la démarche est mal assurée. Le malade est obéissant, apathique ; il sait où il se trouve et pourquoi ; avoue lui-même que sa mémoire est faible et qu'il lui est difficile d'exprimer ses pensées ; se plaint que parfois il éprouve de l'angoisse et craint qu'il ne lui arrive quelque chose de mauvais ; il pense qu'on veut le supplicier ; il est sûr d'avoir vu à la maison une potence, préparée pour lui ; il explique ce fait par cela qu'il a des ennemis. La mémoire du malade est affaiblie d'une manière assez marquée, relativement au passé de sa vie plus ou moins éloigné ; mais elle l'est beaucoup plus en ce qui concerne les événements récents et courants. Il ne peut pas répondre vite aux questions : combien de temps il est marié, quand il a quitté le corps de cadets, quand il a achevé son cours au séminaire ; il ne se rappelle pas non plus, combien d'années il a occupé sa dernière charge ; en se souvenant qu'il a été dans un hôpital, il ne peut pas dire à quelle époque. Il n'est pas en état de se rappeler, comment il a passé la journée de la veille. Il ne peut pas s'orienter exactement dans le temps. Dans le cours ultérieur de la maladie, l'état psychique du malade était le sui-

©BIUM

vant : parfois il s'embrouillait, non seulement dans le temps, mais il ne pouvait définir non plus l'endroit; il oublia, quand et avec qui il était venu à la clinique. Lorsqu'on lui demandait le matin, s'il avait dîné, il répondait : « Il me paraît que non. » Le malade continue à craindre qu'il va périr ici.

En parlant des malheurs imaginaires qui l'attendent, il ne peut retenir ses larmes. Il pense qu'il sera bientôt pendu. Parfois il prie Dieu avec ferveur. Il raconte des choses qui n'ont pas été ; par exemple, il dit que sa femme vient de le visiter et qu'elle a été très froide envers lui ; il est sûr qu'elle en a déjà épousé un autre, et le malade prie de dire à sa femme qu'après sa mort elle n'aura pas de bonheur ; tantôt il lui paraît entendre la voix de sa femme.

Pendant plusieurs jours il faisait ses adieux aux médecins, disant que bientôt il sera pendu. Dans les lettres adressées à sa femme, il lui reprochait sa trahison. Il pense que quelques-uns des malades sont aussi dangereux pour lui. Il prétend que sa femme est venue à la clinique et qu'elle a emporté ses nouvelles bottes, en lui laissant en place de vieilles galoches. Le malade accuse toujours des idées de persécution et une assurance qu'il doit être supplicié. Il assure avoir vu ici l'individu que sa femme va épouser et qui lui a annoncé cela lui-même. A la fin de février, le malade raconta l'histoire suivante : il y a trois ans, il a été à Jérusalem, où il arriva de la manière la plus miraculeuse ; un jour il alla se promener par le chemin et tout à coup il sentit s'élever en l'air et voler, il ne savait où, avec une incroyable vitesse ; lorsqu'il sentit de nouveau la terre sous ses pieds, il était à Jérusalem, où il a visité les endroits saints et les églises; il a vu là-bas des cercles, colorés en rouges, sur lesquels il y avait des écriteaux en langue tartare. Son retour se fit, disait-il, de la même manière miraculeuse. Une autre fois le malade racontait qu'il lui arriva encore un miracle : une force invisible le coucha par terre et alors vinrent des saints, qui commencèrent à lui donner des coups dans le dos, assurément pour le punir de ses péchés. En faisant ces récits, le malade ne doutait nullement de leur réalité. A beaucoup de choses qui se passent autour de lui, le malade donne une interprétation délirante ; par exemple, en voyant par la fenêtre des chiens, il dit que ces chiens sont préparés pour le tourmenter pendant son supplice ; ayant su qu'un des malades disait entendre de la musique, le malade pense que la musique est là pour jouer pendant son supplice

©BIUM

pour que, d'après son opinion, « l'effet soit plus grand ». Au mois de mars le malade alla mieux ; il commença à consentir quelquefois qu'il est ici en pleine sécurité et que sa femme ne s'est pas mariée. Plus tard, il commença à nommer ses craintes imaginaires « bêtises ». En avril le malade se sentit encore mieux, devint plus animé, passait volontiers son temps dans la société des autres malades, aimait à s'occuper de différents jeux, amusant les malades en pinçant de la guitare et en leur chantant ; il badinait et, en général, était très dégagé ; pourtant, en causant avec le malade on reçoit une telle impression, comme s'il n'était pas tout à fait débarrassé de toutes ses craintes imaginaires et de sa conviction de la réalité de son voyage miraculeux à Jérusalem. Sa mémoire reste, en somme, encore assez faible.

Le cas ci-dessus de psychose de Korsakoff présente indubitablement des particularités symptomatologiques qui se sont manifestées dans le cours de cette maladie qui ne s'est pas terminée par la guérison. Je ne voudrais pas dire que sur le terrain de la psychose polynévritique se sont développés des phénomènes accessoires ; il serait plus juste, d'après mon avis, de supposer que les modifications de l'état émotif, les idées délirantes de persécution et d'auto-accusation, les hallucinations apparaissent ici seulement comme symptômes de la psychose de Korsakoff, faisant un seul tout avec le processus morbide fondamental et non un supplément occasionnel de la maladie, non une nouvelle maladie. Les observations de ce genre démontrent très nettement que le processus toxémique, s'exprimant par la psychose polynévritique, donne de différents symptômes et que, dans de certains cas, dans le cours ultérieur de la maladie, peuvent se manifester une ou autres idées délirantes, parfois très complexes, en forme de complexus symptomatique paranoïde. Ces idées délirantes sont souvent très stables. Même dans le cas ci-dessus, sur lequel je me suis arrêté ici plus longtemps, les idées délirantes qui, pendant un

©BIUM

certain temps, étaient exprimées par le malade toujours et volontiers, restent, paraît-il, à un certain degré, même à présent ; par exemple, les idées de la trahison de sa femme, quoique le malade parle de cela actuellement d'une manière évasive et les réfute, en badinant. Sont intéressants aussi les récits du malade concernant son voyage miraculeux à Jérusalem et concernant cela, comment les saints lui ont donné des coups.

Les cas de psychose de Korsakoff, où, dans le cours ultérieur, se manifeste le complexus symptomatique paranoïde, viennent d'être décrits par Sydney Cole ; ainsi, par exemple, dans un de ces cas (IV) de psychose polynévritique d'origine alcoolique, plusieurs mois après le début de l'affection, le malade commença à manifester des idées qu'on l'a volé et plus tard apparurent chez lui encore des hallucinations auditives ; ce malade entendait qu'on l'accusait de différents crimes. Il faut remarquer que les idées délirantes ou l'état délirant dans la psychose de Korsakoff, dont il s'agit ici, se développe ordinairement dans la période d'affaiblissement et de la diminution lente et graduelle des symptômes morbides principaux.

En ce qui concerne la pathogénie de ces syndromes psychiques particuliers, le plus souvent, à ce qu'il paraît, se manifestant en forme paranoïde, il faut supposer sans doute qu'ils se développent en liaison avec la faiblesse de mémoire ou sur le terrain de pseudo-réminiscences ; mais une autre supposition est possible aussi, à savoir que peut-être ces syndromes ont aussi une signification et une origine autonome, comme les autres phénomènes de la psychose de Korsakoff (amnésie, pseudo-réminiscences) ; on peut considérer ces syndromes comme une indication sur la lésion organique du cerveau dans la psychose polynévritique. Je voudrais dire par cela que la symptomatologie de la psychose de Korsakoff

©BIUM

doit être encore complétée et que ses cadres doivent être encore élargis.

Pour terminer, je me permettrais d'émettre les conclusions suivantes :

1° L'observation des cas de psychose de Korsakoff à marche longue et lente démontre que dans le cours de la maladie, parfois après une période assez longue passée depuis son début, peuvent dans certains cas se développer diverses idées délirantes ;

2° Dans la psychose polynévritique d'origine alcoolique se manifestent des idées délirantes de jalousie, associées aux fausses réminiscences.

3° Parfois, dans le cours de la maladie, se développent des idées de persécution très stables et tendantes à la systématisation, en forme de complexus symptomatique paranoïde ;

4° Les idées délirantes de ce genre ou les états délirants plus complexes existent chez les malades atteints de psychose de Korsakoff, en même temps que d'autres symptômes psychiques de cette dernière, envisagés comme cardinaux et caractéristiques pour la psychose de Korsakoff (amnésie, pseudo-réminiscences) ;

5° Puisque les idées délirantes et les états délirants dans la psychose de Korsakoff, dont il a été question plus haut, se manifestent quelquefois deux ou cinq ans après le début de la maladie, lorsque les symptômes morbides fondamentaux diminuent progressivement d'intensité, il faut penser que le syndrome paranoïde a aussi dans cette psychose une origine autonome, comme la faiblesse de mémoire et les fausses réminiscences et entre dans le tableau de la maladie donnée. Un tel point de vue ne change pas la manière d'envisager la psychose de Korsakoff et complète seulement sa symptomatologie.

©BIUM

Revue critique.

LA
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE MUNICH

PAR LES DOCTEURS

Fernand d'HOLLANDER

Médecin en chef de la colonie de Gheel,

DUCHATEAU et **MAERE**

Médecin en chef de la maison de santé de Gand, — Médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, de Gand.

On a beaucoup parlé de la nouvelle clinique psychiatrique de l'Université de Munich, dont le professeur Kraepelin est aujourd'hui le directeur. Cet Institut scientifique est considéré par tous ceux qui l'ont visitée comme un modèle du genre. M. le Dr Fernand d'Hollander, médecin de la Colonie de Gheel, chargé d'une mission du ministre de la Justice de Belgique, est allé le visiter; il a rendu compte de ses impressions dans le rapport suivant que nous nous faisons un plaisir de reproduire (1).

L'Institut psychiatrique de l'Université de Munich a été bâti en 1902 sur les plans du professeur Bumm (2). Il est situé au centre de la ville dans le voisinage des

(1) Nous empruntons ce Rapport, de même que les documents qui suivent, au *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, numéros d'août à octobre 1905.

(2) D'après la brochure du professeur Kraepelin : *Die Königliche Psychiatrische Klinik in München*. Leipzig, 1905. Joh. Ambr. Barth, et d'après des documents recueillis à la clinique même durant les mois de juin-juillet 1906.

autres Instituts cliniques ; le choix de cet emplacement se comprend facilement, attendu que l'Institut remplit pour la ville le rôle d'Asile-Dépôt, et qu'il est le siège de l'enseignement psychiatrique. D'ailleurs la psychiatrie clinique est inscrite légalement au programme des études médicales.

	Marks.
Les frais de bâtisse se montent à. . .	1.370.000
Les frais d'organisation intérieure à. .	160.000
Les frais d'installations scientifiques à.	60.000
Au total. . .	1.590.000

Le directeur actuel est le professeur Kraepelin, l'aliéniste le plus distingué et le plus suivi de notre époque. Il poursuit dans son asile trois buts différents, mais essentiellement dépendants les uns des autres :

I. Le traitement des maladies mentales ;

II. L'enseignement de la psychiatrie ;

III. Des recherches scientifiques.

L'Institut remplit le rôle d'Asile-Dépôt pour la ville de Munich ; c'est-à-dire qu'on y admet tous les cas d'aliénation mentale survenant dans la ville et réclamant des soins appropriés. Les patients séjournent à la clinique jusqu'à ce qu'on puisse les rendre à la vie sociale ou les envoyer dans un asile.

La partie principale (les deux étages moyens) de l'Institut renferme les salles de malades ; on y compte cent lits.

Ce nombre, restreint pour une clinique universitaire, aussi importante que celle de Munich, s'explique par la courte durée du séjour qu'y font les patients ; cela amène un renouvellement rapide des sujets, très favorable à l'enseignement.

En moyenne, il est admis par année de 1.600 à 2.000 cas. Le grand nombre des admissions et leur caractère spécial — ce sont, en général, des cas d'affections mentales aiguës — nécessitent une *organisation spéciale*.

Celle-ci se manifeste surtout par le nombre et l'importance des *quartiers d'observation continue*. Les deux tiers des patients séjournent dans ces quartiers. Les

©BIUM

convalescents, les cas légers et ceux qui pourront bénéficier du retour à la vie publique ne sont pas soumis à ce régime d'observation continue. Celle-ci, comme son nom l'indique, se fait aussi bien la nuit que le jour. Le contrôle s'établit sur une montre électrique centrale, qui de quart d'heure en quart d'heure, reçoit les marques de douze endroits différents de l'Institut.

Il y a deux équipes d'infirmiers — une de jour et une de nuit — dont le service alterne de deux en deux semaines.

Quand on veut appliquer le système d'observation continue, il faut, naturellement, renoncer au moyen de choix employé dans les asiles et qui en constitue en quelque sorte la caractéristique, l'*isolement cellulaire*.

En calfeutrant un malheureux aliéné dans une cellule d'isolement, on garantit, en effet, son entourage contre ses mauvais instincts. Mais savons-nous ce qu'il advient de sa propre personne? Nous l'entendons, il est vrai, crier et tempêter; nous pouvons même le voir, en ayant bien soin d'aller appliquer l'œil au judas de la cellule.

Mais est-ce là de la thérapeutique? Le cœur ne se révolte-t-il pas à l'idée de tels procédés appliqués à de pauvres malades?

Ces considérations humanitaires et médicales ont été l'origine du mouvement, qui se précise de jour en jour, en faveur de l'abolition des *cellules* d'isolement. Je ne parle pas des moyens de coercition, qui, s'ils ne sont pas abolis partout, devraient être du domaine de l'histoire.

L'expérience des meilleurs psychiatres prouve que la cellule est le lieu de culture de la violence, de l'instinct de destruction, de mutilation, de malpropreté, etc., des aliénés.

Pour les malades *excités*, on recourt donc à un autre moyen de traitement. Les hypnotiques, les calmants, les stupéfiants ne sont employés que comme moyens secondaires et nécessairement temporaires. Un moyen excellent, qui nonobstant sa simplicité et son évidence n'est appliqué que depuis une dizaine d'années, c'est le *repos au lit*.

Avant tout, l'organisme malade a besoin de repos.

©BIUM

A cette thérapeutique sont soumis tous les cas nouveaux et tous les cas excités. Les salles de malades sont de vraies salles d'hôpital ; il n'y règne ni mystère, ni terreur ; leur arrangement confortable, riant, quoique très simple, en rend le séjour agréable aux malheureux.

Les convalescents et les tranquilles ont des salles de conversation, de lecture, de travail. Ils profitent largement aussi du jardin arrangé avec beaucoup de goût.

Les infirmes, les anémiques, les malades de corps peuvent aussi jouir du grand air et de la lumière ; l'ascenseur, la chaise roulante, au besoin le lit roulant les y amènent.

Un adjuvant précieux du repos au lit, c'est les *bains*. La pratique démontre que pour les aliénés excités, dangereux, il n'est pas de calmant plus efficace, plus doux que le bain chaud. Celui-ci est prolongé éventuellement pendant des jours, des semaines, des mois.

Outre les bains pour le personnel médical et infirmier, six bains de propreté, un bain électrique et une salle de douches, l'Institut possède encore cinq salles pour bains continus comprenant en tout dix-huit baignoires, ainsi que cinq baignoires roulantes pouvant être employées dans les salles mêmes.

Les salles pour bains continus sont d'un nettoyage facile, d'une propreté parfaite, agréablement chauffées et éclairées ; elles renferment un W.-C. et un séchoir pour le linge.

Dans le bain, le malade est aussi sous surveillance constante.

Etendu sur un drap (une espèce de hamac) fixé à la baignoire et plongeant sous l'eau, un coussin à air sous la tête, le malade peut manger, dormir dans le bain ; en un mot, il y reste jusqu'à ce que le calme soit revenu. Eventuellement on a recours aux calmants chimiques, aux enveloppements humides au lit.

Dans le quartier des femmes, il existe cependant quelques cellules d'isolement. Le directeur estime qu'un jour l'on pourrait se trouver en présence d'un cas, dont la violence et le danger feront céder le pas à toutes les autres considérations. Jusqu'ici ce cas ne s'est pas encore présenté.

Au point de vue des *mesures de sécurité*, l'organisa-

©BIUM

tion intérieure des salles est admirablement conçue. Je ne pourrais entrer dans les détails : portes solides avec serrures et clinches spéciales ; tout objet qui pourrait servir d'arme ou d'instrument de suicide est sévèrement proscrit ou solidement fixé ; les robinets, les appareils électriques et téléphoniques, les rouleaux des stores, les bouches d'aérage, les appareils de chauffage — tout est soigneusement caché dans de petites armoires murales fermées à clef. Un mot sur les fenêtres, qui toutes sont doubles, c'est-à-dire composées d'un châssis extérieur et d'un châssis intérieur. Les fenêtres donnant sur le jardin sont garnies d'un grillage, ouvragé de telle sorte qu'on puisse se pencher par la fenêtre et avoir la vue dans toutes les directions ; du côté de la rue les fenêtres n'ont pas de grillage. Ici les châssis extérieurs sont composés de trois parties dans le sens vertical, dont deux sont fixes, celle du milieu seule pouvant s'ouvrir, sans toutefois laisser l'espace suffisant au passage d'un homme. Dans le quartier des agités, les fenêtres intérieures ont des carreaux en verre très épais.

Aussi par mesure de sécurité et pour la facilité du service, chaque salle contient un W.-C. inodore, un lavabo et un déversoir.

L'*alcool* comme boisson est radicalement banni de la clinique ; on y donne de l'eau gazeuse, du thé, du café, des limonades.

Un point important, si pas le plus important, dans une organisation pareille, c'est le *personnel infirmier*.

Vu le grand nombre d'admissions et le système de traitement sans isolement cellulaire, on compte 1 infirmier pour cinq malades. Dans le quartier des femmes, les sœurs de charité assurent le service. Chez les hommes, outre les infirmiers, il y a dans chaque salle une sœur de charité, dont on loue unanimement le bon effet sur la mentalité des aliénés.

Le *personnel médical* se compose de quatorze membres ; ils habitent tous à l'Institut. Chaque nuit, l'un deux est de garde et soigne spécialement les nouvelles admissions. Un autre tient journellement des consultations gratuites et fait le service de la policlinique.

La clinique étant un Asile-Dépôt, pour y entrer, il n'y a aucune formalité à remplir. Un examen médical

©BIUM

soigné détermine facilement si l'individu amené à l'Institut est sain d'esprit ou si son affection exige l'internement.

Dans la dernière éventualité, on remplit ultérieurement les formalités prescrites par la loi.

Le grand avantage de ce système, c'est la possibilité, pour les cas bénins, de se faire soigner volontairement à l'Institut, sans devoir recourir à l'asile fermé. Dans ce même but, il existe aussi un quartier pour les classes aisées.

Tel que je viens de le décrire, l'Institut psychiatrique de Munich constitue un *asile modèle*. On ne pourrait d'ailleurs attendre moins d'une clinique où le futur médecin apprend à connaître et à traiter les maladies mentales.

La *psychiatrie clinique* y forme la base de l'*enseignement* : l'examen, l'observation des malades ; la présentation de nombreux cas et leur interprétation par l'élève.

A l'encontre de la majorité des autres cliniques psychiatriques allemandes, à l'Institut de Munich on n'enseigne pas la neurologie, quoique Kraepelin estime que l'aliéniste doive avoir de solides connaissances neurologiques. On y donne aussi des cours pratiques de *médecine légale des aliénés* pour médecins et juristes : innovation utile et nécessaire. A ce cours se rattache celui de *psychologie criminelle*. Signalons encore la *psychologie appliquée* à l'étude des affections mentales ; l'étude de la *structure de l'écorce cérébrale* et de ses *modifications pathologiques*, si variées et si compliquées.

Un tel programme exige un *personnel enseignant* nombreux. Outre le professeur Kraepelin, qui donne les cours de psychiatrie clinique, la médecine légale et la psychologie expérimentale, il y a encore trois autres professeurs qui se partagent les autres branches.

Il va sans dire que les *recherches scientifiques* occupent une place importante à l'Institut.

On y dispose des appareils les plus variés et les plus perfectionnés. On y compte quatre chambres pour l'*examen médical* ; deux chambres pour l'*étude du sang* et d'autres humeurs ; un *laboratoire chimique*.

Pour les *recherches anatomiques*, il existe un grand

©BIUM

laboratoire et deux autres plus petits ; un quatrième pour les recherches expérimentales, en outre un laboratoire de microphotographie avec salle de développement.

Sept autres salles sont affectées à l'*étude expérimentale* de la *vie psychique normale et pathologique* et reliées entre elles par trois circuits électriques. On y trouve des appareils pour l'étude de la perception, de la mémoire de fixation. Deux salles servent à la mesure du temps de réaction psychique, une autre à la mesure de capacité de travail ; dans une autre, on trouve l'ergographe, des appareils pour l'étude de l'écriture, des mouvements involontaires et réflexes, des pupilles, de la respiration, de la circulation. Il existe aussi une « chambre silencieuse » à l'effet d'exclure toute excitation sensorielle ; une chambre pour l'étude scientifique du sommeil ; des chambres photographiques. En outre, on se promet d'acquérir un phonographe, un cinématographe, des appareils radiographiques.

L'Institut est éclairé à l'électricité et chauffé à la vapeur. Il forme un tout autonome avec cuisines, buanderie, chambre des machines, quartiers et logements pour le personnel médical, infirmier et domestique, etc.

En terminant, je ne saurais passer sous silence l'accueil bienveillant que reçoivent les étrangers désireux de s'y instruire et d'y étudier le traitement rationnel des affections mentales.

Notre savant collègue belge ayant adressé le rapport précédent à la Société de médecine de Gand, pour obtenir le titre de membre correspondant de cette compagnie, une Commission fut nommée, composée de MM. Duchateau, De Moor et Maere, chargés de l'examiner et de présenter un rapport. Cette dernière tâche échut à notre distingué collègue, M. Duchateau, médecin en chef de la Maison de santé de Gand. Voici ce document qui, à tous égards, mérite d'être reproduit.

M. d'Hollander adresse à la Société de médecine le rapport présenté par lui à M. le ministre de la Justice au sujet de la clinique psychiatrique de Munich.

Cet institut dont le directeur actuel est Kraepelin, l'aliéniste le plus réputé de notre époque, sert d'asile-dépôt pour la ville de Munich : on y compte 100 lits, nombre paraissant assez restreint au premier abord,

©BIUM

mais qui s'explique par le séjour peu prolongé que font les malades, ce qui amène un renouvellement rapide des sujets. En moyenne on en admet de 1.500 à 2.000 par an; les cas étant en général aigus nécessitent une organisation spéciale se manifestant par le nombre et l'importance des quartiers d'observation.

Nous lisons dans le travail de notre distingué confrère de Gheel des renseignements intéressants au sujet de l'organisation du service de surveillance et de la façon dont on applique le système d'observation continue.

Nous sommes à peu près d'accord avec notre confrère quand il nous décrit en des phrases touchantes, à travers lesquelles passe un large souffle humanitaire, tous les méfaits de l'isolement cellulaire : cependant nous connaissons des cas de folie épileptique ou hystérique qu'il n'y a pas moyen de traiter autrement que par le séjour intermittent dans une chambre d'isolement. Nous nous souvenons avoir vu pratiquer dans le service de M. Déjerine à la Salpêtrière et avec le plus grand succès pour le traitement des hystériques un isolement beaucoup plus rigoureux que celui que nous instituons dans nos asiles.

Il est vrai que M. Kraepelin remplace l'isolement cellulaire par la macération durant des semaines et même des mois dans un bain continu. Abstraction faite de la question du surmenage du personnel chargé de la surveillance, nous ne pouvons attribuer à ces bains aucune valeur thérapeutique : ils ont un effet calmant, rien de plus ; c'est aussi l'impression que nous avons recueillie au cours d'un récent voyage en Hollande et en Allemagne ; l'alitement combiné aux bains prolongés mais intermittents restera toujours la méthode de choix. Toutefois, comme il n'y a rien d'absolu en médecine mentale, nous admettrions à la rigueur les bains continus diurnes pour des malades présentant de vastes escharres ou bien pour des aliénés coprophages et rongeurs.

Les moyens de coercition, comme l'a constaté M. D'Hollander, sont entièrement supprimés à Munich. Notre collègue est d'avis qu'ils ne devraient plus avoir qu'un intérêt historique. Nous saisissons cette occasion pour dire franchement notre avis au sujet de cette ques-

©BIUM

tion qui d'après la plupart des aliénistes modernes ne devrait même plus être discutée. Envisageant la question théoriquement et simplement au point de vue du sentiment, nous sommes partisans de cette suppression; mais nous demandons alors qu'on ne remplace pas la camisole par le maillot sec bien plus inhumain, ou les injections de stupéfiants, tels que l'hyoscine ou la scopolamine, certainement plus dangereuses. Nous connaissons beaucoup d'asiles où le no-restraint est prêché comme un dogme, mais où l'on applique en réalité ces moyens de coercition plus modern-style : les malades ne sont plus liés, ils sont emmaillottés ou bien domptés par la force des poignets, s'ils ne le sont déjà pas à force d'injections. Si le restraint a changé de nom, le système reste : il est vrai qu'on nous a fait observer que la camisole est considérée par le malade comme un moyen de punition, tandis que le maillot représente à ses yeux un agent thérapeutique : nous croyons que dans nos asiles bien peu de malades sont en état de saisir ces nuances, ces distinctions subtiles.

La suppression des entraves en Belgique pourra être résolue pratiquement, le jour où nous aurons un personnel mieux stylé, stable, nombreux; et encore nous estimons, au risque d'être taxés de retardataires, qu'il y aura toujours des cas exceptionnels nécessitant l'application de mesures extraordinaires.

Les installations de sécurité décrites par M. D'Hollander ne nous offrent aucun aperçu bien nouveau : elles sont indispensables dans un asile renfermant des cas aigus et n'ayant pas de rayon d'isolement suffisant.

Un point plus intéressant est celui relatif au personnel infirmier et médical.

On compte un infirmier pour cinq malades : dans le quartier des femmes, les sœurs de charité assurent le service. Chez les hommes, outre les infirmiers, il y a dans chaque salle une sœur de charité dont on loue unanimement le bon effet sur la mentalité des aliénés.

Le personnel médical se compose de quatorze membres habitant tous l'Institut : chaque nuit l'un d'eux est de garde et un autre fait journellement le service de la policlinique.

Aucune formalité n'est requise pour entrer à l'asile :

©BIUM

s'il est démontré que l'affection dont souffre le malade exige l'internement, on remplit ultérieurement les formalités requises ; cela permet aux personnes même de la classe aisée, présentant une affection bénigne et de peu de durée, de se faire soigner volontairement à l'Institut sans devoir recourir à l'asile fermé ; il y a là pour notre pays, qui paraît avoir la phobie des collocations arbitraires, un exemple et une leçon que nous développerons dans un travail ultérieur.

L'asile-dépôt de Munich sert également d'asile clinique : quatre professeurs, y compris le Dr Kraepelin, y enseignent la médecine légale des aliénés, la psychiatrie clinique, la psychologie expérimentale, la structure de l'écorce cérébrale et de ses modifications pathologiques.

De vastes laboratoires existent dans cet Institut modèle et sept salles sont affectées à l'étude expérimentale de la vie psychique normale et pathologique : on y trouve même une chambre spéciale pour l'étude scientifique du sommeil.

Pour les autorités qui se laisseraient hypnotiser par cette description et seraient tentées de créer des asiles-dépôts ou cliniques à l'instar de Munich, nous nous croyons obligés de montrer le revers de la médaille en disant que les frais de bâtisse se sont élevés à 1 million 370.000 marks.

Les frais d'organisation intérieure à 160.000 marks et les frais d'installations scientifiques encore incomplètes à 60.000 marks.

Le travail de M. D'Hollander représente une étude très complète et très intéressante de l'organisation et de la vie scientifique dans cet asile si parfaitement installé ; nous devons savoir gré à notre confrère de nous avoir montré, au moins en perspective, cette terre promise de l'aliénation mentale où nous ne désespérons pas de voir nos malades entrer un jour.

Nous proposons de conférer à M. D'Hollander le titre de membre correspondant ; l'insertion de son intéressant travail dans les publications de la Société complétera heureusement cette nomination.

A ce rapport, l'un des membres de la Commission, M. le

©BIUM

Dr Maere, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, de Gand, avait annexé la note suivante :

Je tiens pour ma part à faire également des réserves au sujet de l'interdiction absolue de l'isolement cellulaire. Dans tous les asiles étrangers on a maintenu les chambres d'isolement : on se demande ce qui est plus humain, un traitement pareil ou ceux qui semblent entrer de plus en plus en vogue : le *Ganzpackung*, autrement dit l'emmaillottement sec ou humide pendant des heures durant, ou bien le bain systématiquement appliqué pendant des semaines, nuit et jour. Il faut voir ces malheureux se tordre dans leur maillot ou bien macérés à blanc. D'autre part la fatigue pour les gardiens qui doivent constamment surveiller les malades est intense, à tel point que ces procédés nécessitent des conditions spéciales d'hygiène et même de traitement pour les infirmiers. On ne nous dit rien des frais de pareilles organisations : or, en moyenne un bain continu à eau courante coûte par jour 5 francs. Quel est le salaire des infirmiers à Munich? Il serait intéressant de le savoir. Restent-ils suffisamment longtemps en service? Nous ne pouvons oublier que dans une clinique psychiatrique on fait nécessairement grand et beau, mais pour les asiles urbains ou provinciaux de justes réclamations ont surgi contre l'excès des dépenses. S'il est convenable qu'un aliéné ait tous les soins voulus, il ne faut pas pour ce motif lui donner un palais, ou un luxe d'entretien qui cache mal d'autres misères, de nourriture, d'habillement, de manque de travail. Quant à la libre entrée des malades dans les asiles, sans le fatras des formalités exigées en Belgique, il y a longtemps que je la demande. Un simple avertissement au Procureur du Roi devrait suffire ; les contestations ou réclamations seraient tout simplement soumises à l'Inspecteur médical désigné *ad hoc*.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1906

Présidence de M. MARCEL BRIAND.

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

MM. Mitivié, membre honoraire, Devaux, Gimbal, Giraud, Hamel, Juquelier, Phulpin, Thivet, Trénel, Vernet, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Goujon, qui demande à la Société de lui conférer l'honorariat. — La Société donne satisfaction à cette demande, et M. Goujon est nommé membre honoraire;

2° Des lettres de MM. Boulenger, de Bruxelles, et Ruggiero Lambranzi, de Vérone, remerciant la Société de les avoir élus membres associés étrangers ;

3° Une lettre de M. Paul Brousse, député de la Seine, qui pose sa candidature à une place de membre titulaire. — Commission : MM. Magnan, Pactet et Colin, rapporteur;

4° Une lettre de M. Giovanni Algeri, médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », à Monza, près Milan, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Legras et Semelaigne, rapporteur;

5° Une lettre de M. Soutzo fils, de Bucarest, qui solli-

©BIUM

cite le titre de membre associé étranger. — Commission : M. Christian, Dupain et Ritti, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique* ; — *Les troubles du langage musical chez les hystériques* ; — *Nouvelle classification des délinquants fondée sur la psychopathie* ; — *La pseudo-paralysie générale diabétique* ; — *Classification clinique des syndromes paralytiques généraux*, par M. J. Ingegnieros ;

2° *Quelques considérations sur l'écriture en miroir*, par M. Boulenger ;

3° *Les tests mentaux chez l'enfant*. Communication faite au IIe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, par MM. Boulenger et Decroly ;

4° *Sur l'instruction et l'organisation du personnel des asiles d'aliénés* ; — *Sur la question de l'éducation des infirmiers*, par M. Erwin Stransky ;

5° *Ecos de las Mercedes*, de Buenos-Aires, nos 10 et 11 ;

6° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de septembre ;

7° *Annales de physicothérapie*, numéro de juillet ;

8° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, nos 8, 9 et 10.

Mort de M. Nina-Rodrigues.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, une Société de l'ancienneté de la nôtre ne peut guère prendre de vacances sans constater, au retour, la disparition de quelqu'un de ses membres.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous avons à déplorer la mort du Dr Nina-Rodrigues, professeur de médecine légale à l'Université de Bahia (Brésil) et membre associé étranger de notre Compagnie depuis le 6 juin 1898. Il était âgé de 43 ans.

Vous avez pu lire, dans le numéro de septembre des *Annales médico-psychologiques*, dont il était le collaborateur, un article nécrologique, dû à notre secrétaire général, sur notre distingué collègue.

Notre Société adresse à sa famille l'expression de nos regrets.

©BIUM

Rapport de candidature.

M. LEGRAS. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Vigouroux, Dupain, et Legras, rapporteur, j'ai l'honneur de vous faire connaître son appréciation au sujet de la candidature de M. le Dr Dromard, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

M. Dromard est un jeune. On peut presque dire qu'hier encore il était sur les bancs de l'Ecole, car après avoir été externe, puis interne provisoire dans les hôpitaux de Paris, il était, il y a quelques mois à peine, interne des asiles d'aliénés de la Seine, titre qu'il avait conquis de haute lutte, en se plaçant à la tête de sa promotion. Pendant plus de deux années, qu'il a passées, comme interne, à l'Infirmerie spéciale, il a été vu à l'œuvre, et il a su faire apprécier tout à la fois son savoir et le dévouement éclairé qu'il apportait dans l'exécution de sa délicate fonction. Sous la haute direction d'un maître, toujours regretté et prématurément disparu, feu le Dr Paul Garnier, sur lequel il a écrit, dans un style élégamment littéraire, un article nécrologique qui a été remarqué, M. Dromard, en aidant à la préparation des conférences cliniques qui constituaient l'enseignement libre créé par le Maître à l'Infirmerie spéciale, a mûri ses dons innés de sagacité scientifique et de bon sens ; il s'est assimilé les conseils si sages de Garnier, qui lui a appris à prendre toujours la clinique pour guide unique, à tout rapporter à celle-ci, et à rejeter ces théories trop hâtives qui, semblables à de scintillants météores, peuvent bien attirer momentanément l'attention, mais qui ne tardent pas, après une durée éphémère, à sombrer dans un oubli justifié. Toutefois l'internat, pour M. Dromard, n'a été qu'une entrée dans la carrière, qu'une première étape, et lorsque, dans le courant de la présente année, s'ouvrit le concours pour la nomination des médecins-adjoints des asiles d'aliénés, M. Dromard se fit inscrire parmi les candidats, et après de brillantes épreuves il fut placé un des deux premiers sur la liste des élus. C'est ainsi qu'ultérieurement il a été désigné pour remplir ses

©BIUM

nouvelles fonctions dans l'Asile d'aliénés de Marseille, poste qu'il accepta d'autant plus volontiers qu'il savait quel mouvement important de malades existe dans cet établissement qui reçoit des aliénés aussi bien de France que d'Algérie.

M. Dromard voyait alors s'ouvrir devant lui des horizons scientifiques qui l'attiraient.

Doué d'un esprit élevé et indépendant, porté vers la Psychologie, sœur jumelle de la Psychiatrie, fuyant les chemins battus, ne voulant pas rééditer, sous un rajeunissement plus ou moins heureux, ce qui était connu avant lui, en un mot, ne consentant pas à faire du « vieux neuf ». M. Dromard s'est promené en curieux dans la clinique, regardant autour de lui, et lorsqu'il a trouvé un sujet intéressant, il s'en empare et le divulgue. C'est de cette manière qu'il a attiré l'attention sur lui en faisant connaître dans les périodiques spéciaux, ou dans des livres, des études ou des observations aussi littérairement écrites qu'originalement conçues ; et vous vous souvenez sans doute, Messieurs, des observations que M. Dromard a communiquées à notre Société dans diverses séances.

Ce fut en 1902 que M. Dromard soutint sa thèse inaugurale. Ayant pris pour sujet l'étude de l'intoxication alcoolique latente, il a décrit sous le titre heureux « Les alcoolisés non alcooliques » la période préliminaire par laquelle passent les individus qui, par habitude d'abord, par besoin ensuite, absorbent des liqueurs spiritueuses pour aboutir, mais pas toujours, aux manifestations de l'alcoolisme aigu. Il fait voir très nettement que ces individus sont déjà des demi-malades pour pour ainsi dire. Cette étude inspirée par les travaux de son chef de service, à l'époque, le Dr Sapelier, a conduit M. Dromard à proposer, comme traitement, les injections de sérum antialcoolique sur lesquelles M. Sapelier avait fait une communication à l'Académie de médecine. A la suite de ce premier travail préconisant une thérapeutique qui, il est vrai, est bien dans le mouvement actuel, mais sur l'efficacité de laquelle il appartiendra à l'expérimentation clinique de se prononcer en dernier ressort, M. Dromard fit des communications variées différentes sociétés savantes ou à des journaux scien

fiques. Elles sont présentement au nombre de seize, et portent sur divers sujets. C'est, par exemple, une observation d'auto-identification romanesque avec illusion de reconnaissance de sa propre personnalité ; c'est une étude de Psychologie comparée, à l'occasion de quelques manifestations motrices communément désignées sous le nom de « Tics » ; c'est un essai théorique sur l'illusion dite « Fausse reconnaissance », ou encore un essai de classification des troubles de la mimique chez les aliénés. Mais, parmi ces travaux, il faut citer à part une étude sur un cas de mérycisme chez une démente précoce, étude qui a paru dans les *Annales* de notre Société, en l'année 1904 ; aussi, un cas de délire à deux, avec infériorité relative de l'organe actif, dont la relation fut apportée en 1905 à la Société médico-psychologique ; aussi encore deux cas de perversion instinctive, avec précocité sexuelle remarquable, communiqués à notre Société dans le courant de la susdite année ; et enfin, en 1906, M. Dromard a fait connaître, dans une de nos séances, l'observation rare d'enfants martyrs, victimes d'une mère atteinte de délire des persécutions.

A cette liste, il convient d'ajouter une observation de dépersonnalisation, et un travail sur quelques cas de tendances pathologiques au mensonge, qui furent lus à la Société de psychologie dans le courant de l'année 1905. Mais, au milieu de toutes ces études, il y en a deux qui doivent être mises en relief, et qui se distinguent autant par leur intérêt scientifique que par leur originalité sociale et littéraire. Je fais allusion aux travaux de M. Dromard sur les stéréotypies, et à son livre sur les Fausses messes noires, dont l'idée lui fut suggérée par un scandale qui, il y a quelques années, attira l'attention sur une agglomération d'individus de mœurs inavouables et se livrant, en commun, à des actes contre nature.

Pour la stéréotypie, question encore assez obscure, et qui serait, suivant M. Dromard, un phénomène résiduel, l'auteur propose une classification justifiée. Dans un premier groupe rentreraient les stéréotypies qui appartiennent à l'automatisme primitif ; dans un second, devraient être rangées celles qui sont sous la dépendance de l'automatisme secondaire. C'est une classifica-

©BIUM

tion qui en vaut bien une autre, et qui a l'avantage, toutefois, d'embrasser dans un ensemble général toutes les variétés connues des stéréotypies, laissant à chacune d'elles leur relative valeur diagnostique et pronostique : car ces manifestations ne sont jamais que des expressions symptomatiques, et rien de plus. M. Dromard a fait une étude à peu près complète de cette entité morbide, la stéréotypie, dans des articles successivement parus dans les *Bulletins de la Société Psychologique*, dans les *Archives de Neurologie*, et de leur lecture ressort cette impression que la clinique psychiatrique peut en tirer un large profit, lorsqu'on veut se rendre compte de l'évolution et de la genèse de certains phénomènes bizarres de la Stéréotypie.

La police, il y a quelques années, découvrit une bande d'individus qui se réunissaient et se livraient entre eux à des rapprochements contre nature, entourant la scène de pratiques et de décorations obscènes ou grotesques. Des poursuites judiciaires eurent lieu, et, les commentaires des journaux aidant, le public, toujours friand de scandale et des romans chez la portière plus ou moins pimentés, s'émut considérablement, croyant déjà à la résurrection des scènes odieuses et écœurantes, dans lesquelles la Voisin, la Montespan, et *tutti quanti* ont acquis une déshonorante célébrité, et qu'on dénommait, à l'époque, « des Messes noires ». Incité par le bruit fait autour de cette découverte, M. Dromard eut l'idée d'écrire un livre, auquel il donna pour titre : « Les fausses messes noires ». Dans ce travail, notre auteur, tout en faisant une part justifiée à la pathologie, car on sait que parmi les individus de cette catégorie on en rencontre qui sont de véritables phénomènes morbides, puisqu'ils présentent tous les attributs symptomatiques de l'inversion sexuelle, notre auteur, dis-je, cingle, chemin faisant, l'appétence malsaine du public pour les scandales répugnants, et s'élève avec raison contre certaines théories féministes qui, ne tenant pas suffisamment compte de l'organisation physique et morale de la femme, aboutiraient, si elles étaient écoutées, à faire de celles-ci une monstruosité homonculaire.

C'est là le côté social et psychologique de l'œuvre, qui, peut-être un peu floue par endroits, n'est pas moins

©BIUM

littérairement écrite que la partie uniquement scientifique.

L'analyse, Messieurs, forcément très succincte, des travaux de M. Dromard, que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, montre combien laborieux est leur auteur ; et vous avez pu, en outre, apprécier la notoriété, honorablement conquise, que s'est créée M. Dromard dans les deux sciences, dont les qualificatifs sont inscrits au fronton de notre Société « la Médecine et la Psychologie ». Aussi, Messieurs, c'est avec une pleine confiance que votre Commission vous demande de faire bon accueil à M. Dromard, et vous propose de lui ouvrir la porte de notre Société, en lui décernant le titre, qu'il sollicite, de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Dromard est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Un cas de paralysie générale pouvant être considéré comme étant d'origine traumatique,

par M. G. Collet, interne des Asiles de la Seine.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société l'observation d'un cas de paralysie générale qui semble bien mériter le nom de « paralysie générale traumatique ». La méningo-encéphalite a débuté, chez le malade dont je vais rapporter l'histoire, sept années après un violent traumatisme cranien ; et ce traumatisme me paraît être responsable du développement de l'affection cérébrale.

Le malade M... est entré à l'Asile de Vaucluse, dans le service de M. Vigouroux, le 11 novembre 1905.

Il avait été reçu à l'Infirmerie spéciale du Dépôt le 30 octobre et envoyé à l'Asile-Clinique avec un certificat de M. de Clérambault établissant le diagnostic de paralysie générale et mentionnant l'euphorie, la mégalomanie, des violences, des actes dangereux, des menaces faites par le malade de jeter sa femme par la fenêtre, l'embarras de la parole, l'exagération des réflexes rotuliens. Le certificat de M. Magnan porte : Paralysie générale avec idées ambitieuses et de persécution ; hésitation de la parole ; inégalité pupillaire.

M... était un homme de haute taille (1m77), âgé de

©BIUM

trente-six ans, robuste, à physionomie intelligente. Il était chargé des fonctions de surveillant de travaux dans les chantiers du Métropolitain.

A son entrée à l'Asile de Vaucluse, et dans les quelques jours qui suivirent, il resta calme. Il répondait très docilement à nos questions. Ses propos exprimaient la satisfaction de soi et des idées de grandeur : il parlait de ses mérites de bon travailleur, de ses talents de mécanicien ; il disait avoir fait des études pour Paris-port-de-mer; il nous entretenait d'un projet de chemin de fer électrique dont l'exécution, prétendait-il, lui était confiée. Sa mémoire ne paraissait pas diminuée.

Le malade présentait les signes somatiques de la paralysie générale. Il avait de l'inégalité pupillaire, la pupille droite étant dilatée; mais les réflexes pupillaires, à la lumière et à l'accommodation, étaient conservés. Le tremblement des mains et celui de la langue étaient assez légers; le tremblement des muscles de la face était fort marqué. Le malade avait un embarras de la parole manifeste. Les réflexes tendineux étaient exagérés; en outre, on put provoquer, pendant les premiers jours seulement, de la trépidation épileptoïde; mais l'excitation de la plante du pied mettait les orteils en flexion. Une ponction lombaire, faite le 24 novembre, montra une lymphocytose abondante et confirma le diagnostic de paralysie générale.

M... était marié depuis sept ans. Sa femme est une personne intelligente; elle nous a fourni des renseignements assez détaillés sur les antécédents et sur le caractère de notre malade et nous a raconté d'une façon très précise l'histoire du malade durant les sept années qu'elle a vécu avec lui.

Le père du malade, âgé de soixante-douze ans, et sa mère, âgée de soixante-dix ans, sont encore en bonne santé. Ils n'ont eu que deux enfants : le malade et une fille qui est morte en bas âge par suite d'un accident.

M... n'a jamais eu de maladie grave. Il a fait trois ans de service militaire dans l'artillerie. Il a travaillé aux écritures dans des usines métallurgiques et a été surveillant de travaux sur des lignes de chemins de fer. Il est venu habiter Paris à la fin de l'année 1903. Comme surveillant de travaux il était occupé de sept heures du matin à cinq heures du soir. A la fin de chaque mois, il se trouvait obligé de faire sa comptabilité et ce surcroît de travail lui imposait un certain surmenage.

M... a toujours eu un bon caractère : il était très affectueux et très dévoué pour sa femme, souvent malade, atteinte d'une néphroptose douloureuse, et pour sa petite fille, âgée de six ans. Il menait une vie très régulière; il était sobre, ne prenait qu'un peu de vin aux repas, ne fumait pas, n'allait jamais au café, passait chez lui tout le temps que lui laissait

©BIUM

son travail. Il était d'humeur égale, gai, sociable, actif, ambitieux ; mais il se montrait assez émotif, il pleurait facilement.

Dans l'interrogatoire de la femme du malade, non plus que dans l'interrogatoire et dans l'examen de celui-ci, nous n'avons rien trouvé qui pût faire soupçonner une syphilis antérieure chez M... Mais nous avons appris que notre malade avait subi un traumatisme cranien très grave, sept ans avant de présenter les troubles cérébraux qui avaient fait porter le diagnostic de paralysie générale.

M..., se trouvant à bicyclette et rentrant un soir à son domicile, rencontra sur la route un autre bicycliste, venant en sens inverse, auquel il se heurta. Les deux hommes reçurent chacun sur la tête, de la tête de l'autre, un choc très violent et furent précipités sur le sol. Le choc reçu par M... avait porté exactement sur la ligne médiane, à la partie inférieure du front : en effet, un insigne en métal, que le cycliste portait agrafé à sa casquette, s'était imprimé dans la peau de notre malade, entre ses deux sourcils. M... perdit connaissance pendant un temps dont il est difficile d'estimer la durée. Puis, il put se relever et rentrer chez lui. Le lendemain, il présentait une vaste ecchymose, couvrant toute la face et s'étendant jusqu'au delà des oreilles. Cependant, il reprit son travail quelques jours après ; mais il fut obligé de l'interrompre fréquemment, à cause de violents maux de tête.

Deux mois et demi après cet accident, M... éprouva pour la première fois un trouble qui depuis se répéta assez fréquemment : il eut une perte de connaissance subite, avec chute. Dans la suite, à un mois, deux mois ou trois mois d'intervalle, il présenta ce même trouble. Le phénomène ne s'annonçait en aucune façon ; il survenait brusquement, lorsque notre malade était à son travail, surtout lorsqu'il était occupé dans une salle surchauffée : M.... perdait connaissance et tombait ; il revenait à lui seulement au bout de vingt ou trente minutes ; il ne se remettait pas à son travail, mais on le reconduisait à son domicile ; il gardait le repos jusqu'au lendemain. Notre malade avait ensuite conscience d'avoir éprouvé un malaise. Il n'a jamais eu de convulsions.

Il est assez difficile d'identifier le phénomène que nous venons de décrire, d'après les renseignements fournis par la femme du malade. Ce trouble rappelle, à la fois, le vertige et l'ictus apoplectiforme. Cependant, il est bien évident qu'on doit le considérer comme un symptôme d'origine cérébrale.

Ces vertiges, ou ces ictus, se reproduisirent donc pendant sept ans. En même temps le malade accusait des céphalalgies fréquentes et il avait parfois de l'insomnie. Puis, au mois d'octobre 1905, les symptômes caractéristiques de la paralysie

©BIUM

générale débutèrent brusquement chez M..., sans prodromes, sans troubles prémonitoires de l'humeur ni du caractère, sans qu'il eût présenté jusque-là aucune altération apparente de sa mémoire ni de son intelligence.

La femme du malade avait quitté Paris, dans les premiers jours du mois d'octobre, pour se rendre, avec sa fillette, chez ses parents, qui habitent un département de l'Est. Elle nous a affirmé que, jusqu'alors, elle n avait rien remarqué d'anormal chez son mari. D'autre part, à ce moment, au dire du patron qui employait M..., celui-ci remplissait encore très correctement ses fonctions. Or, après le départ de sa femme, notre malade se mit à commettre des extravagances, puis il partit pour aller la rejoindre vers le 20 octobre. Il arriva chez ses beaux-parents en tenant des propos absurdes, disant qu'il venait pour construire des chemins de fer électriques, pour faire des consolidations sous toutes les maisons. Il se prétendait capable de fabriquer tous les objets qui se trouvaient sous ses yeux. Il disait avoir deux cent mille francs déposés à la Caisse des dépôts et consignations. Il promettait des cadeaux à tout le monde.

La femme du malade le ramena à Paris. Elle s'aperçut que, pendant son absence, celui-ci avait dépensé une grosse somme en achats d'outils et de matériaux qu'il se proposait d'employer à ses futures entreprises. Il avait passé des nuits à exécuter des dessins en vue de ses projets.

Revenu à Paris, M... devint plus exalté. Il ne dormait pas. Il continuait à faire des achats inconsidérés. Il menaçait sa femme, l'obligeait à prendre les potions qu'on avait fait préparer pour lui. Le 30 octobre, il fut conduit à l'Infirmerie spéciale.

A l'asile de Vaucluse, cette paralysie générale, qui avait débuté si subitement, évolua avec une rapidité remarquable. Quelques jours après son entrée, M... s'excita. Il resta toujours exalté, turbulent, très loquace, tout à fait incohérent et absurde, dans ses propos et dans ses actes. Il mettait son lit en désordre, quittait sa chemise, se frottait le cuir chevelu et les membres avec sa main mouillée de salive, au point de s'excorier ; il prit ainsi de la lymphangite et des furoncles plusieurs fois. Il se disait général en chef, faisait des commandements militaires, prétendait avoir reçu dix balles dans la peau, en 1870. Il provoquait et menaçait les infirmiers ; il injuriait les malades, les traitant de « tas d'idiots, bougres de c..., bande de pégés, etc. ». Il était malpropre et gâteux. Son état général, qui était assez bon au début, s'altéra rapidement ; le malade s'amaigrit beaucoup. Il succomba le 9 février 1906, après avoir eu plusieurs petites attaques convulsives.

©BIUM

Ainsi notre malade, qui était entré, pour ainsi dire, d'emblée dans la période d'état de la paralysie générale, arriva en quatre mois au terme de sa maladie. Il est vrai que ce n'est point la progression des lésions encéphaliques qui détermina la mort, mais une maladie intercurrente, comme on put le constater à l'autopsie.

Autopsie. — L'autopsie faite le 11 février 1906, trente-sept heures après le décès, fit découvrir des poumons très congestionnés, avec des fausses membranes fibrineuses et un peu de liquide dans les deux plèvres. L'affection pleuro-pulmonaire ainsi caractérisée était évidemment responsable de la mort.

Le péricarde contenait un peu de liquide citrin. Le cœur était normal, l'aorte absolument saine.

Dans l'abdomen, on trouva des adhérences de l'épiploon à la paroi, au-dessous de la rate, et des adhérences de la rate à la paroi. Le foie était congestionné. Les reins paraissaient sains.

Après avoir enlevé l'encéphale de la cavité cranienne, on aperçut sur l'apophyse basilaire de l'occipital, une petite crête osseuse, disposée exactement sur la ligne médiane, s'étendant au-dessous de la lame quadrilatère du sphénoïde sur une longueur de 3 centimètres.

Cette petite exostose était large de 1 à 2 millimètres, haute de 3 millimètres au niveau des points les plus élevés. Son sommet rugueux, crénelé, formait une série de petites pointes mousses. Sa surface, revêtue de la dure-mère, était lisse.

L'encéphale pesait 1.460 grammes. La pie-mère était légèrement épaissie et lactescente, un peu congestionnée. Les adhérences au cortex étaient très nombreuses. On ne constatait pas d'atrophie des circonvolutions. Les ventricules latéraux étaient un peu dilatés. Le cortex et les noyaux gris étaient assez congestionnés. Enfin, une particularité attirait l'attention : les granulations épendymaires étaient extrêmement nombreuses, cohérentes, volumineuses, très saillantes dans les quatre ventricules. On ne pouvait s'empêcher de trouver un contraste manifeste entre la surface de l'encéphale, où les lésions macroscopiques étaient peu apparentes, et la paroi des ventricules où les lésions épendymaires paraissaient aussi importantes que celles qu'on voit sur les cerveaux de paralytiques généraux qui ont évolué lentement et sont morts à la période terminale de leur encéphalopathie.

Le cervelet présentait une petite lésion sur la face postérieure de son lobe droit ; c'était une petite plaque déprimée, de l'étendue d'une lentille, dure au toucher, de coloration blanchâtre sur une coupe.

Les artères de l'encéphale ne montraient pas d'altération visible à l'œil nu.

©BIUM

Examen histologique. — L'examen des préparations qu'a bien voulu faire mon maître, M. Vigouroux, permet de constater les détails suivants :

Les méninges sont peu épaissies, peu fibreuses, mais la périvascularite y est très intense. La périvascularite est également très marquée dans le cerveau, surtout dans le cortex et les noyaux centraux. Mais on ne trouve nulle part d'endartérite.

Les lésions cellulaires dans le cortex, sont peu accentuées. Les fibres tangentielles de Tuczek ont disparu.

La membrane épendymaire, dans les quatre ventricules, est très notablement épaissie; son stroma est très dense; son revêtement épithélial présente de nombreuses granulations.

A la face inférieure de la protubérance, qui reposait sur l'exostose que nous avons décrite plus haut, la pie-mère est assez épaissie et ses vaisseaux présentent une périvascularite intense.

La lésion cérébelleuse, prise pour un petit ramollissement, à l'examen macroscopique, a des caractères très particuliers. Elle n'est point comparable aux lésions du cortex déterminées par l'ischémie.

Cette lésion intéresse deux lames cérébelleuses. Elle a été colorée à l'hématoxyline-éosine. La pie-mère qui revêt les deux lames est très épaissie, fibreuse, et infiltrée de cellules rondes, alors que celle qui recouvre les parties voisines est restée mince. C'est cet épaississement de la méninge qui rendait la lésion dure au toucher. Les vaisseaux ne présentent qu'une légère inflammation et sont perméables. Dans la zone qu'occupent les cellules de Purkinje à l'état normal, on ne voit plus aucun corps cellullaire. La couche des grains, comparée à celle des lames voisines, paraît extrêmement pauvre en éléments cellulaires : les grains sont répartis très irrégulièrement, et sont même très rares en plusieurs points, mais ils sont tous très bien colorés. La couche moléculaire contient des corpuscules hyalins, de grosseur variable, en assez grand nombre. L'axe blanc est aussi rempli de corpuscules hyalins. Au Weigert-Pal, on constate que les fibres sont très réduites en nombre. En somme, l'écorce cérébelleuse se trouve conservée dans sa forme et dans une partie de ses éléments, mais une autre partie, et la plus considérable, de ces éléments, cellules et fibres, a disparu complètement.

En recueillant l'observation que je viens de rapporter, on devait être amené à supposer que le traumatisme cranien subi par le malade pouvait avoir eu quelque influence sur le développement de la paralysie générale survenue sept ans après. La succession des faits cliniques tendait, en effet, à établir une relation étiologique

©BIUM

entre le traumatisme et la méningo-encéphalite. L'intégrité de la santé du sujet avant l'accident, la violence du traumatisme, l'apparition de troubles d'origine cérébrale peu de temps après ce traumatisme, la répétition ininterrompue de ces troubles jusqu'à l'éclosion de la paralysie générale, le début brusque et la marche aiguë de cette affection, laissant soupçonner que l'existence de lésions antérieures, torpides mais étendues, a préparé et aidé le développement rapide de l'inflammation terminale, enfin l'absence des causes les plus ordinaires de la paralysie générale, syphilis et alcoolisme, tels sont les faits qui permettent, si l'on s'en tient à la seule observation clinique du cas présent, de le désigner sous le nom de « paralysie générale d'origine traumatique ».

Or, on trouve, dans les constatations fournies par l'autopsie du malade M..., de très bonnes raisons de défendre cette manière de voir.

La crête osseuse médiane, la petite exostose de l'apophyse basilaire est certainement le reliquat d'une fracture ancienne et consolidée de la base du crâne. Avant d'arriver à cette conviction, je me suis demandé si un os aussi dense et aussi résistant que l'est l'apophyse basilaire peut être fracturé. Les quelques observations que je vais citer montrent que la chose est possible : une fracture, limitée ou non à la base, peut passer par l'apophyse basilaire, en suivant, plus ou moins exactement, la ligne médiane.

On voit au musée Dupuytren (1) un crâne présentant une fracture à grand fracas de la partie médiane du front, produite par une chute sur le bord d'un trottoir ; du milieu de l'étage antérieur du crâne se détachent deux fêlures, dont l'une se perd dans la fente sphénoïdale gauche et dont l'autre suit exactement la ligne médiane, coupe le sinus sphénoïdal et l'apophyse basilaire, jusqu'au trou occipital. Von Bergmann, outre le cas précédent, cite dans son traité (2) un cas de Helsch,

(1) Pièce n° 31 *g*. Voir *Catalogue des pièces du musée Dupuytren*, par Houël, 1877, t. I, p. 52. Cette pièce a été recueillie par Dolbeau et Félizet. (*Thèse* de Félizet, Paris 1873, p. 33, obs. 27).

(2) Von Bergmann. Die Lehre von den Kopfverletzungen, in *Deutsche Chirurgie* de Billroth et Lucke, tome XXX, 1880, p. 191.

©BIUM

dans lequel une fêlure traversait le frontal, le toit orbitaire, la selle turcique et l'apophyse basilaire jusqu'au trou occipital ; un cas de Herpin, qui trouva une fissure partant de l'écaille de l'occipital et traversant l'apophyse basilaire, la selle turcique et la lame criblée de l'ethmoïde; une fracture oblique de l'apophyse basilaire qui figure dans la collection de Fribourg ; un cas figuré dans l'ouvrage de Gross et un cas dessiné dans l'ouvrage de Holders. Valat a présenté à la Société anatomique (1) le crâne fracturé d'un individu qui avait fait, étant ivre, une chute dans un escalier ; la fracture commençait à gauche de l'apophyse crista-galli, traversait d'avant en arrière, à gauche de la ligne médiane, la gouttière ethmoïdale, la lame horizontale du corps du sphénoïde, le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire, sur laquelle le trait de fracture était distant de trois ou quatre millimètres seulement de la ligne médiane. Perrier, cité par Chipault (2), a observé une fente antéro-postérieure de l'apophyse basilaire, accompagnant une fracture rétrocondylienne de l'occipital.

Le traumatisme subi par le malade M... a-t-il déterminé une fracture antéro-postérieure de l'apophyse basilaire? Cela est très vraisemblable : le point d'application de la force était exactement médian : en effet, la tête du cycliste rencontré, en frappant le front de notre malade, avait laissé entre ses deux sourcils la marque d'un insigne en métal que cet homme portait agrafé à sa casquette. Et cela est vrai. Car, que peut être la petite exostose de l'apophyse basilaire, sinon le reliquat d'une fracture consolidée, une cicatrice osseuse? C'est une production pathologique ; on ne voit rien de semblable sur les crânes normaux. Ce n'est point une exostose inflammatoire : je l'ai comparée aux productions syphilitiques des os du crâne qui se trouvent au musée Dupuytren ; celles-ci sont irrégulières, accidentées, multiples ou volumineuses ; la petite crête osseuse

(1) Valat. Fracture de la base du crâne intéressant la moitié gauche de l'apophyse basilaire. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, t. LXIII, p. 432-435.

(2) Chipault. *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. IV, p. 615.

observée chez M... était toute différente. La coïncidence d'un choc sur le crâne à direction aussi nettement orientée dans le plan antéro-postérieur et d'une exostose inflammatoire aussi exactement rectiligne et médiane serait, d'ailleurs, bien étrange. D'autre part, des fractures très graves de la base peuvent se consolider, comme le prouve le fait rapporté par Richet (1). Et, enfin, nous pouvons citer une observation de Delens (2), dans laquelle une fracture transversale du corps du sphénoïde fut trouvée consolidée, à l'autopsie d'une femme de 17 ans qui avait subi un traumatisme neuf mois avant et qui avait un anévrisme artérioso-veineux de la carotide interne : la description que donne l'auteur laisse à penser que l'aspect du trait de fracture était assez analogue à celui que l'on pouvait voir chez notre malade. « En enlevant la dure-mère qui tapisse la gouttière basilaire, on constate immédiatement en avant de l'union de l'apophyse basilaire de l'occipital avec le corps du sphénoïde une fracture transversale consolidée, avec un léger écartement des fragments, plus apparent du côté gauche... Quelques rugosités osseuses limitent les bords de la fracture. »

Je pense donc avoir trouvé, dans le crâne du malade M..., la preuve que le traumatisme subi par lui, sept ans avant sa mort, a été très violent et a causé des lésions graves, comme, d'ailleurs, les renseignements fournis sur l'accident permettaient de le supposer. Je pense aussi avoir trouvé, dans son cerveau, des présomptions nouvelles en faveur de l'origine traumatique de sa paralysie générale, présomptions à ajouter à celles que la clinique nous a déjà fournies.

Le cervelet de M..., comme son crâne, a conservé la trace du traumatisme. En effet, la lésion que j'ai décrite, d'après les notes histologiques de mon maître M. Vigouroux, cette lésion caractérisée par une physio-

(1) Richet. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 5e éd., 1877, p. 358.

(2) E. Delens. De la communication de la carotide interne et du sinus caverneux (anévrysme artério-veineux.) *Thèse* de Paris, 1870, n° 56, p. 83. — Cas cité dans la *Thèse* de Félizet (Paris, 1873, n° 7, p. 154) comme un cas unique de fracture isolée du corps du sphénoïde.

©BIUM

nomie si particulière, cette lésion si différente des ramollissements d'origine ischémique ou de nature inflammatoire, cette lésion est une lésion traumatique. Du moins, cela est infiniment probable. Eh ! bien, cette lésion cérébelleuse a-t-elle été la seule altération produite par le traumatisme dans l'encéphale ? Tout le reste était-il sain, alors que cette seule petite région du cervelet se trouvait détruite dans la plus grande partie de ses éléments ? Cela est peu vraisemblable.

Or, si l'on admet que le traumatisme a produit, dans l'encéphale, de nombreuses petites lésions cellulaires, analogues à celles que l'on voit dans le foyer cérébelleux, mais très disséminées, et assez limitées pour disparaître au milieu des lésions banales de la méningo-encéphalite, est-il défendu de penser que ces lésions ont été l'origine des troubles à forme de vertige ou d'ictus présentés, pendant sept ans, par le malade, et l'amorce, le point de départ des lésions inflammatoires à marche rapide qui ont terminé sa vie? A l'examen macroscopique du cerveau de M..., on était frappé de la disproportion qui existait entre les discrètes lésions des méninges, restées minces et peu congestionnées, et les lésions des ventricules, recouverts de granulations épendymaires volumineuses. On pouvait se demander si, des deux foyers d'inflammation diffuse, décrits par Magnan et Mierzejewsky (1), le foyer péricortical et le foyer épendymaire, celui-ci ne s'était pas allumé bien avant celui là, sous l'influence de lésions produites par le traumatisme à la base du cerveau, et si le foyer cortical ne devait pas être considéré comme l'étape ultime d'une inflammation en marche depuis des années.

Nous sommes ici dans l'hypothèse. Mais la pathogénie de la paralysie générale est bien trop obscure, pour qu'on puisse se garder de l'hypothèse, quand on se hasarde à expliquer les relations pathogéniques qui relient cette affection au traumatisme. Doit-on voir dans la difficulté que l'on trouve à expliquer d'une façon sûre le mode d'action du traumatisme sur l'encéphale, une raison de lui refuser tout rôle dans la genèse de la

(1) Magnan. Recherches sur les centres nerveux, 1873.

©BIUM

paralysie générale, et de se séparer des nombreux auteurs qui ont fait une place au traumatisme dans l'étiologie de la méningo-encéphalite diffuse, de Bayle, Baillarger, Lunier, Morel, Lasègue, Azam, Christian, Vallon, Ball, Magnan et Sérieux, Dubuisson, Mairet et Vires, Thoinot, Leroy, P. Brouardel, Wahl, etc.? Je ne le pense pas, et je pense avoir le droit de considérer le cas que je viens de rapporter et de commenter, comme un cas de *paralysie générale d'origine traumatique*; je crois avoir le droit d'attribuer la responsabilité de la paralysie générale de notre malade à l'accident dont il a été victime.

DISCUSSION

M. JOFFROY. — Cette observation fort intéressante est une sérieuse contribution à l'étude du rôle du traumatisme dans la paralysie générale, question fort ancienne et fort débattue.

Je désirerais savoir combien de temps le malade resta sans connaissance après le traumatisme, et s'il a présenté de l'amnésie rétro-antérograde comme en présentent souvent ces traumatisés? A cette amnésie peuvent se joindre des troubles oculaires non immédiats, mais qui ne tardent pas à se produire et sont persistants (1). Ce sont là des symptômes qui, dans une certaine mesure, sont de nature à montrer l'intensité du traumatisme.

En l'absence de ces renseignements, il faut noter ce fait que le traumatisme a produit des lésions dans la région opposée au point d'application du choc. Lorsqu'il s'agit de lésions osseuses, cela s'explique très facilement par la théorie du contre-coup.

Mais les altérations du tissu nerveux sont plus intéressantes que celles du tissu osseux, et dans les expé-

(1) A côté de ces troubles oculaires non immédiats, dus à une lésion bilatérale des centres de la vision ou des bandelettes optiques, il convient de rappeler qu'on observe assez fréquemment la perte immédiate de la vision d'un seul côté dans les grands traumatismes craniens, en particulier à la suite des fractures intéressant la paroi supérieure de l'orbite ou la paroi du canal optique.

©BIUM

riences que fit autrefois Duret sur des chiens, on note l'existence non seulement de lésions osseuses mais surtout de lésions nerveuses, principalement au niveau du quatrième ventricule, de la protubérance, du cervelet, ainsi que dans les lobes occipitaux, temporaux, et dans les bandelettes optiques. Or, dans cette observation on signale une lésion ancienne dans le cervelet. Il faudrait rechercher à nouveau dans les lobes occipitaux et peut-être y trouverait-on des reliquats de petites ruptures, des vestiges de ces petites hémorragies disséminées qui permettent dans ces cas d'expliquer la diminution de la puissance intellectuelle.

Quel est le rôle du traumatisme dans l'observation de paralysie générale qui vient de nous être rapportée? Je crois que bien certainement il y a un lien entre le traumatisme et la paralysie générale; le traumatisme est intervenu ici dans une certaine mesure, mais non comme la cause unique et principale. Un très grand nombre de traumatisés de ce genre ne font pas de paralysie générale : il n'y a pas dans le traumatisme une cause suffisante pour produire la paralysie générale et nous en avons la preuve tous les jours. Il en est du traumatisme comme de la syphilis que l'on trouve très souvent dans les antécédents des paralytiques généraux : pour produire la paralysie générale, il faut une autre chose : une prédisposition spéciale héréditaire. La recherche de la prédisposition est souvent bien difficile, et il n'y a pas dans cette observation de renseignements suffisants pour dire que dans ce cas elle n'existait pas. Le traumatisme a donc certainement dans ce cas joué un rôle dans l'éclosion de la paralysie générale ; mais quel est ce rôle?

Je dis quelquefois que la paralysie générale est d'origine syphilitique mais non de nature syphilitique. Il en est du traumatisme comme de la syphilis, et je dirais volontiers que cette paralysie générale est, non de nature traumatique, mais simplement d'origine traumatique.

M. Vigouroux. — Il n'y eut pas, chez le malade M..., d'affaiblissement intellectuel après le traumatisme et cet homme reprit son travail. Le seul lien entre le traumatisme et la démence fut constitué par des atta-

©BIUM

ques bizarres, non accompagnées de convulsions. Le malade étant entré à l'Asile sept ans après le traumatisme, la vision n'a pu être examinée qu'à ce moment : elle n'a présenté rien d'anormal.

L'examen histologique a mis en évidence des lésions banales de paralysie générale ; mais à la protubérance, au voisinage de l'exostose que nous considérons comme une cicatrice osseuse, il y avait prédominance des lésions. On peut admettre que le processus inflammatoire a débuté à ce niveau, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

M. Vallon. — Cette observation est intéressante en ce qu'elle ne présente pas, à côté du traumatisme, les éléments étiologiques habituels de la paralysie générale: syphilis, alcoolisme et prédisposition. C'est une des rares observations où l'on n'ait noté que le traumatisme. Le traumatisme est ici une cause essentielle, et la paralysie générale est bien d'origine traumatique.

M. Briand. — Cette question du rôle du traumatisme dans l'étiologie de la paralysie générale présente, non seulement un gros intérêt scientifique, mais encore un gros intérêt médico-légal, et la question a déjà été soulevée, cette année, au Congrès de Lille, par M. le professeur Brissaud. La paralysie générale est de beaucoup la plus fréquente des formes mentales de nos asiles. Les familles ont souvent une tendance à invoquer le traumatisme comme cause de la maladie. Cependant, dans les cas où cette cause est indiquée, un examen approfondi permet de constater que l'individu était déjà amoindri avant le traumatisme. Les cas de paralysie générale traumatique sont extrêmement rares, sinon improbables. Généralement, l'affaiblissement intellectuel précède le traumatisme, et cet accident révélateur est l'occasion de démontrer que le blessé maladroit est un paralytique général. De même, l'ictus cérébral est souvent la cause et non la conséquence de l'accident. La démonstration de l'existence d'une paralysie générale traumatique n'est pas encore faite, et il faut une certitude pour se prononcer à ce sujet, à cause de l'importance médico-légale de ce fait et de ses conséquences en ce qui concerne les accidents du travail.

M. Vallon. — Le traumatisme s'est produit sept ans avant l'internement ; dans ces conditions, il est

©BIUM

impossible d'avoir une connaissance exacte de l'état mental immédiatement postérieur au traumatisme. Mais, dans le cas présent, l'accident n'est certainement pas dû à un ictus.

Beaucoup de traumatisés ne deviennent pas paralytiques généraux ; mais tous les syphilitiques ne deviennent pas non plus paralytiques généraux, et ce n'est pas une raison pour nier le rôle étiologique de la syphilis. Il en est de même pour l'alcoolisme et pour les antécédents héréditaires.

En présence de tels faits, pourquoi admettre théoriquement que la paralysie générale ne peut être d'origine traumatique ? Et, quand le traumatisme existe dans les antécédents d'un paralytique général, pourquoi systématiquement rechercher dans d'autres facteurs l'étiologie de la maladie ? Ici, le seul facteur que l'on puisse trouver est le traumatisme : il est impossible de faire la preuve qu'il est le seul, mais il y a au moins probabilité en sa faveur, puisqu'il y a une série ininterrompue de troubles cérébraux entre le traumatisme et l'éclosion de la paralysie générale. Peu importe le nombre de cas où le traumatisme est à incriminer, cette observation est un fait valable à opposer à une simple théorie, et ce cas doit être considéré comme un cas de paralysie générale traumatique.

M. Christian considère le traumatisme comme une cause adjuvante, mais ne croit pas qu'il puisse, à lui seul, produire la paralysie générale, surtout après échéance.

M. Joffroy. — Il importe de bien préciser la question. M. Vallon dit que dans cette observation le traumatisme est le seul facteur étiologique. Sans doute on ne signale que le traumatisme, mais cela ne prouve pas qu'il n'y ait pas d'autres causes. Puisque le plus grand nombre des traumatisés ne deviennent pas des paralytiques généraux, c'est que le traumatisme ne suffit pas à lui seul à créer la paralysie générale et qu'il faut autre chose ; cette autre chose le malade l'a apportée en naissant.

J'ajouterai que pour bien apprécier le rôle du traumatisme en tant que facteur étiologique, il y a lieu de diviser les accidents qui lui sont consécutifs en :

©BIUM

1° accidents incontestablement et directement produits par le traumatisme, et 2° en accidents se rattachant moins directement et moins sûrement au traumatisme.

L'amnésie, la démence non paralytique, les troubles aphasiques, les accidents épileptiformes quelquefois accompagnés de troubles mentaux, les troubles de la vision qui surviennent dans certains cas, etc., tels sont les principaux accidents que le traumatisme peut produire directement.

Quant à la paralysie générale ou aux psychoses survenant plus ou moins longtemps après un grand traumatisme cérébral, elles ne se rattachent qu'indirectement à cette cause. Le traumatisme n'agit dans ces cas que comme une cause favorisante déterminant l'éclosion d'accidents qui existaient à l'état latent.

Aussi, en employant l'expression de *paralysie générale traumatique*, on ne doit avoir la prétention que d'indiquer la circonstance dernière qui a mis en marche le processus démentiel. Et pour en revenir à l'observation qui fait l'objet de cette discussion, je dirai que si le malade n'avait pas été traumatisé comme il l'a été, s'il avait évité l'accident de bicyclette qui nous a été rapporté, il aurait eu quand même bien des chances de devenir paralytique général sous l'influence d'une autre cause : syphilis, alcoolisme, surmenage, etc.

M. Vallon. — Quand on se trouve en présence d'un tel facteur étiologique, il y a là plus qu'une hypothèse. Ce serait aller bien loin que de refuser au traumatisme toute relation de cause à effet quand on ne trouve rien autre chose à invoquer, ni syphilis, ni alcoolisme, ni prédisposition. D'ailleurs, lorsque de deux individus mis en contact avec un varioleux, l'un seulement est contagionné et contracte la variole, parce qu'il était en état de réceptivité morbide, on ne peut pas dire que la prédisposition joue le rôle principal ; c'est, évidemment, la contagion qui est la vraie cause de la maladie.

M. Gimbal rapporte un cas de paralysie générale observé par lui dans le service de M. Pactet, cas dans lequel le malade, prédisposé et alcoolique, présenta des signes de paralysie générale six mois après qu'il se fut tiré un coup de revolver dans la tempe droite. La balle, logée dans le cerveau, n'avait pu être extraite.

©BIUM

M. Collet. — Les antécédents héréditaires du malade M..., ne sont pas assez bien connus pour qu'on puisse dire qu'ils ne l'aient point prédisposé aux affections de l'encéphale. Ce malade, d'ailleurs, peut être considéré comme un prédisposé parce qu'il a toujours été émotif, parce qu'il passait pour un nerveux. Il est donc permis de supposer, comme le pense M. Joffroy, que la prédisposition n'a pas été étrangère au développement de la paralysie générale.

M. Briand trouve qu'il est imprudent d'admettre l'existence d'une paralysie générale d'origine traumatique. Il fait remarquer que, dans les cas de paralysie générale pour lesquels les intéressés invoquent une origine traumatique, un examen attentif de l'état antérieur du malade permet, le plus souvent, d'établir que la maladie existait avant le traumatisme. Bien plus, il arrive qu'un ictus épileptiforme détermine un accident et que les parents du malade imputent à cet accident le développement de la paralysie générale, dont cet ictus n'est qu'un symptôme. On observe des faits de ce genre, cela n'est pas douteux. Plusieurs cas semblables ont été rapportés au Congrès de Lille. J'ai eu, moi-même, l'occasion d'en observer un, l'année passée, dans le service de M. Vigouroux. Le malade était un cocher. Dans les premiers temps de sa maladie, il avait fait une chute de son siège. Il attribuait à cet accident l'apparition de ses troubles mentaux. La paralysie générale était évidemment antérieure à l'accident. Le malade était un syphilitique avéré. Il avait contracté la syphilis à l'âge de quinze ans. Il avait eu, six ans avant son internement, de l'aphasie, et, trois ans avant, des troubles cérébraux: ces phénomènes avaient été de courte durée. Sa femme était atteinte de syphilis cérébrale ; elle avait une hémiplégie. L'un et l'autre fréquentaient les consultations de l'hôpital Saint-Louis. La chute que cet homme avait faite du siège de sa voiture avait été déterminée, c'est bien probable, par un ictus. Il eut ensuite, à l'asile, plusieurs attaques apoplectiformes. Cependant, ce malade eut une rémission, et, comme son état était très satisfaisant, comme sa femme et lui demandaient avec insistance sa sortie, comme il s'engageait à ne pas reprendre son travail au dehors, on le laissa quitter

©BIUM

l'asile. Nous apprîmes, ensuite, qu'il était sorti pour engager une action en paiement d'une indemnité contre son employeur. Il est vraisemblable que, dans ce cas, les experts nommés pour apprécier le bien-fondé de ses allégations, n'ont eu aucune peine à découvrir la véritable origine de ses troubles mentaux. Ce malade est entré de nouveau, à l'asile de Vaucluse, huit mois après sa sortie.

Mais, si les cas de ce genre sont nombreux, peut-on dire, avec M. Briand, que l'existence d'une paralysie générale traumatique est bien improbable; peut-on dire que, en tout cas, l'existence d'une paralysie générale traumatique n'est pas démontrée en présence d'observations comme celle du malade M..., où il est bien certain que le malade était sain avant l'accident, où il est bien clair que cet accident n'a pas été provoqué par un ictus, où il est bien évident que le traumatisme a été d'une grande violence, où il est bien prouvé que, entre son traumatisme et le début de sa méningo-encéphalite diffuse, le malade a présenté des troubles nerveux manifestement liés à ce traumatisme? En réalité, ce qui n'est pas démontré, ce qui n'est pas précisé, ce qui n'est pas connu, c'est le mode d'action du traumatisme, c'est le processus qui relie les lésions cérébrales traumatiques aux lésions inflammatoires de la paralysie générale. Quant au rôle du traumatisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il ne me paraît pas douteux dans l'observation que j'ai rapportée.

Je crois donc, contrairement à l'opinion de M. Briand, que l'on peut faire état de faits analogues pour admettre, en médecine légale, et en particulier dans les expertises concernant les accidents du travail, une relation de cause à effet entre le traumatisme et la paralysie générale. On demande, ordinairement, que trois conditions soient remplies, pour qu'il soit permis d'attribuer à un accident la responsabilité d'une maladie : 1° que le malade ait été en état de santé au moment du traumatisme; 2° que le traumatisme ait eu une réelle gravité; 3° que la maladie soit rattachée au traumatisme par une série de troubles morbides. Ces trois conditions sont pleinement réalisées dans notre cas. On a admis une relation étiologique entre le traumatisme et cer-

©BIUM

taines affections bien avant que le rôle du traumatisme dans la pathogénie de ces affections ait été clairement expliqué. Personne ne met en doute l'existence de la pneumonie traumatique, de la tuberculose traumatique, de la pleurésie traumatique. Il ne me semble pas que l'on ait de bonnes raisons de refuser actuellement un rôle au traumatisme dans certains cas de paralysie générale.

La séance est levée à 5 h. 50.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. MARCEL BRIAND.

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

MM. Gimbal, Hamel, Juquelier, Phulpin, Thivet, Trenel et Vurpas, membres correspondants, assistent, à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Goujon, remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

2° Une lettre de M. Dromard remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant :

3° Une lettre de M. Perpère, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Vigouroux et Dupain, rapporteur :

4° Une lettre de M. Julius Donath, privat-docent de l'Université de Budapest, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Kéraval, Legrain et Semelaigne, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Franco da Rocha, directeur-médecin de l'asile de Juquery, à Saint-Paul (Brésil), qui

sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Christian et Ritti, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Le moi suprasensible de Myers et la psychologie contemporaine* ; par M. Del Greco ;

2° *Sur l'hygiène du journalisme* ; — *L'acidité du sang et de l'urine dans la tuberculose pulmonaire* ; — *Les nerveux et les arthritiques aux eaux de Levico* ; — *Sur l'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu* ; *Epilepsie et diète achlorurée* ; — *L'aspirine dans la chorée de Sydenham* ; — *L'embolie de l'artère pulmonaire dans la fièvre typhoïde* ; — *La chlorurémie dans la pneumonie aiguë* ; par M. Massalongo ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de novembre.

Rapports de candidature.

M. H. Colin. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Magnan, Pactet et Colin, rapporteur, d'examiner la candidature de M. le Dr Paul Brousse, député, ancien président du Conseil municipal de Paris, qui sollicite le titre de membre titulaire de votre Société, en remplacement de M. le Dr Goujon, sénateur, devenu membre honoraire.

Le nom du Dr Paul Brousse est inséparable des réformes qui, dans ces dernières années, ont si profondément modifié l'organisation des asiles d'aliénés du département de la Seine.

La liste est longue des progrès accomplis depuis l'année 1874 où, après maintes fluctuations, le service des aliénés s'est trouvé définitivement rattaché à la Préfecture de la Seine. Le rapporteur général du budget des asiles au Conseil général, le Dr Navarre, les énumérait, l'année dernière, avec une légitime satisfaction.

Il nous suffira de rappeler la création de l'enseignement des maladies mentales (bureau d'admission et clinique 1876-1879), du service chirurgical des asiles (1879-1885), la séparation des fonctions médicales et administratives (1879), le rétablissement du concours pour les médecins des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière (1879), la création du concours pour

©BIUM

la nomination des internes en médecine et en pharmacie (1880), des pharmaciens en chef (1880), des médecins adjoints des quartiers d'hospice (1880) ; l'institution du concours de l'adjuvat (1888).

Les réformes administratives et les fondations d'établissements nouveaux n'ont pas été moins importantes. En 1884 et 1885 s'opérait la laïcisation des asiles de la Seine ; entre temps, la situation toute spéciale de ces établissements se précisait. Leur autonomie financière était consacrée ; le rôle du préfet de police, de la Commission de surveillance, de l'administrateur des biens des aliénés, était nettement délimité.

De nouveaux organismes se créaient en même temps que s'opéraient les réformes. En 1875 fut inaugurée la Maison de santé de Ville-Evrard, en 1876 la colonie de Vaucluse. En 1884 s'ouvrait l'asile de Villejuif, tandis qu'à Bicêtre le Dr Bourneville constituait un service spécial d'idiots et d'épileptiques, et que le Conseil général décidait la création d'un cinquième asile.

La période qui s'étend de 1890 à 1905 n'a pas été moins féconde en améliorations. Enumérons-les rapidement : fondation Vallée pour les jeunes filles idiotes (1890) ; installation des colonies familiales de Dun-sur-Auron (1892), de Levet (1896-97), d'Ainay-le-Château (1900) ; ouverture des asiles de Maison-Blanche (1900), de Moisselles (1905) ; création du service spécial d'aliénés difficiles et vicieux, apte à recueillir les aliénés criminels et les criminels aliénés internés d'office dans les asiles de la Seine.

Quelle a été la part prise par M. le Dr Brousse à ces différentes réformes ?

Fils d'un professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Montpellier, ancien interne des hôpitaux de cette ville, le Dr Paul Brousse s'adonna d'abord à l'étude des sciences physiques et chimiques. Cela lui permit, à une époque où des raisons politiques l'obligèrent à quitter la France, de prendre part au concours pour l'obtention du poste d'assistant de chimie au Laboratoire fédéral de chimie de Berne, et, malgré sa qualité d'étranger, de conquérir de haute lutte cette place où il collabora aux travaux du professeur Schwarzenbach.

©BIUM

C'est aussi en raison de ses connaissances toutes spéciales que, depuis seize ans, le Dr Brousse est membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Ses nombreux rapports et ses travaux au Conseil d'hygiène lui ont valu à deux reprises, en 1892 pendant l'épidémie de choléra, et en 1904, la médaille d'or du ministère de l'Intérieur.

Faut-il rappeler que depuis de nombreuses années le Dr Paul Brousse fait partie de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, où sa double qualité de médecin et de conseiller général lui permet d'intervenir avec une incontestable autorité ?

Je signalerai aussi la part prise par lui aux différents Congrès de médecine mentale, entre autres aux Congrès de Pau et de Rennes, et je me hâte d'aborder l'étude du rôle véritablement actif joué par le Dr P. Brousse dans la réorganisation des asiles.

En 1897, le Dr Brousse, conseiller municipal depuis une dizaine d'années, succédait au Dr Dubois comme rapporteur général du budget des asiles de la Seine. C'est alors qu'il rédigea l'œuvre considérable qui constitue le « Rapport général présenté au nom de la troisième Commission sur les propositions budgétaires pour le service des aliénés. » (*Budget de* 1898 ; Conseil général de la Seine 1897. 1 vol. de 300 pages.)

Vous connaissez tous cet important travail, ce qui me dispensera de l'analyser devant vous. Pour bien marquer l'esprit dans lequel il est conçu, il me suffira de vous lire le passage suivant, qui a trait à l'étude des maladies mentales en France.

« Mettre en cause la science de nos médecins serait « une iniquité. On est surpris, au contraire, de rencon- « trer un personnel traitant aussi remarquable, et qua- « lifié tel par le monde scientifique étranger, surtout « avec un enseignement aussi incomplètement organisé « pour tout ce qui touche à la médecine mentale.

« Me croira-t-on si j'affirme que l'on peut devenir « docteur en médecine, praticien remarquable, sans « avoir jamais vu un aliéné, sans avoir eu, au cours « d'un examen, à répondre à une question de psychia- « trie, sans avoir subi aucun stage dans un asile ? Et

©BIUM

« cela lorsque, médecin titré, on sera exposé, en vertu « de la loi de 1838, à signer un certificat d'interne- « ment, à disposer, à vue de nez, de la liberté et des « intérêts matériels d'une personne? Cette anomalie ne « s'explique qu'en songeant à la persistance du préjugé « populaire qui ne veut pas qu'un aliéné soit un malade « ordinaire, qui croit à deux médecines distinctes, une « de l' « âme » et une du « corps »; qui ne veut point « admettre que le cerveau est un organe comme le pou- « mon, le foie et le cœur. »

Je tiens à noter aussi (page 122) une demande de réorganisation du service chirurgical des asiles qui aboutira plus tard à la création du pavillon de chirurgie, et j'attire votre attention sur certains des projets de délibération qui forment la conclusion du travail et qui, mieux que tous les développements auxquels je pourrais me livrer, vous indiqueront l'étendue des progrès accomplis.

Le quatrième projet de délibération a été le point de départ de la réorganisation du personnel central.

Le septième projet de délibération a provoqué la constitution d'une Commission mixte pour l'étude des questions intéressant l'hospitalisation des aliénés.

Cette Commission composée de conseillers généraux, de médecins, d'administrateurs, a siégé pendant près d'une année. Il nous plaît de rappeler ici, soucieux comme nous le sommes toujours de rendre hommage aux devanciers, qu'elle avait été précédée par une autre Commission fameuse, instituée dans le même esprit par le préfet baron Haussmann sous l'inspiration de Baillarger, Lélut, Marcé et Moreau (de Tours), Commission qui, si les événements de 1870 n'étaient venus interrompre ses travaux, n'aurait peut-être rien laissé à faire à celle qui devait lui succéder.

Le sixième projet demandait l'institution du stage de médecine mentale. Le huitième projet doit être cité en entier :

Le Conseil,

Vu l'urgence de diminuer dans les asiles le nombre des malades confiés au même médecin,

Délibère :

©BIUM

L'Administration est invitée :

1° A utiliser les médecins adjoints en leur confiant la direction d'un service ;

2° A titulariser les médecins adjoints arrivés à la cinquième année de leur adjuvat.

Vous vous rappelez certainement, messieurs, l'important débat qui eut lieu devant vous sur la nécessité de réduire le nombre des malades confiés à un seul médecin et d'utiliser les médecins adjoints. Grâce au Conseil général de la Seine la réforme put se réaliser, et, quelques années plus tard, le ministère de l'Intérieur devait entrer dans la même voie et engager les médecins en chef à confier un service aux médecins adjoints.

Que de chemin parcouru, mais aussi combien se justifie cette parole de M. le Dr Brousse dans le rapport que nous citons :

« Devant le spectacle des résistances administratives, « on est souvent sur le point de désespérer des réformes. « On voit que pourtant avec du temps et de l'énergie « on en vient à bout. Cela doit donner de l'espoir à « ceux qui proclament la nécessité de réformes nou- « velles. »

On ne saurait mieux dire, et la thèse de M. Brousse est encore fortifiée par la circulaire récente de M. le ministre de l'Intérieur étendant aux asiles privés faisant fonction d'asiles publics la nécessité de recruter leurs médecins parmi les élus du concours de l'adjuvat.

Serait-il téméraire d'espérer que la même mesure s'appliquera aux établissements qui relèvent directement du ministère de l'Intérieur et que, pour ceux-ci, le concours sur titres, toujours entaché de partialité, cédera le pas au concours public?

Un autre enseignement se dégage de cet exposé, à savoir que, dans le domaine de l'assistance, nous sommes redevables des progrès accomplis aux médecins qui, à leurs occupations scientifiques et professionnelles, ajoutent encore le souci des fonctions publiques. Ainsi le nom de Théophile Roussel restera attaché à jamais à la loi si profondément humaine de la protection du premier âge, et pour les aliénés, c'est grâce aux efforts des médecins, hommes politiques, les Bourneville, les Robinet, les Dubois, les Brousse, les Na-

©BIUM

varre, que leur condition matérielle va en s'améliorant tous les jours depuis quelques années.

La nécessité de la collaboration féconde des sociétés scientifiques et des pouvoirs publics avait frappé dès le début les fondateurs des *Annales* et de la Société médico-psychologique.

« En dehors même des sujets purement scientifiques, « si nombreux, si importants et si difficiles, écrivait « Aubanel dans sa lettre à Baillarger, en 1846, au sujet « de la fondation de notre Société, n'y aurait-il pas « avantage à discuter en commun toutes les questions « qui se rattachent à la législation sur les aliénés et à « l'organisation des maisons destinées à leur donner « asile ?... Le temps, qui éprouve toutes les choses « humaines, nous fera voir, à mesure que nous avance- « rons, des lacunes à remplir, des dispositions législa- « tives à modifier, des améliorations, en un mot, à « introduire dans notre mode d'organisation... »

Le Dr P. Brousse donne la formule de la réalisation pratique de ce vœu d'Aubanel dans les lignes suivantes :

« L'hospitalisation à donner à de malheureux aliénés « n'est-elle pas un intérêt social majeur? Au moment « où le Parlement va procéder à la réforme de la loi « de 1838, le Conseil général sera-t-il une assemblée « muette? Et s'il parle par l'organe de son bureau, « par les travaux de ses rapporteurs, ne doit-il pas « avoir la prudence de s'entourer préalablement des « avis des savants aliénistes que renferme le corps « médical de ses asiles ? »

La personnalité politique du Dr Paul Brousse est bien connue et ce n'est, du reste, pas ici qu'il conviendrait d'en parler. Nous avons tous présent à la mémoire le souvenir du rôle important qu'il joua pendant une période difficile de l'histoire de notre pays, alors qu'il occupait avec un éclat tout particulier les fonctions de Président du Conseil municipal de Paris.

Messieurs, j'ai terminé. Votre Commission estime qu'il ne peut résulter que de très grands avantages pour la Société de compter parmi ses membres un homme dont la vie, en grande partie, a été consacrée au bien des aliénés.

©BIUM

Aussi vous propose-t-elle de l'admettre au nombre des membres titulaires de la Société médico-psychologique.

M. Paul Brousse est élu membre titulaire par 20 voix, plus un bulletin blanc, sur 21 votants.

M. RITTI. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Christian, Dupain et Ritti, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. Soutzo fils, de Bucarest, au titre de membre associé étranger.

M. Al. Soutzo n'est pas un inconnu pour nous ; beaucoup d'entre vous l'ont vu suivre, pendant trois ans, le service de notre collègue M. Magnan, s'appliquant avec un zèle méritoire à acquérir cette maîtrise clinique qui fait tant d'honneur au chef qu'il avait choisi pour maître et pour modèle. Avec un riche bagage de connaissances notre jeune confrère retournait à Bucarest, sa ville natale, où, grâce à son savoir, il ne tardait pas à se faire sa place — et une place distinguée — dans la spécialité des maladies mentales. Il devint ainsi successivement privat-docent de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine, puis chef de clinique des maladies mentales, médecin assistant de l'hospice de Marcoutza, enfin chargé du cours libre de psychiatrie judiciaire.

M. Soutzo a déjà beaucoup publié. Durant son séjour dans le service de M. Magnan il a donné à la *Rivista di patologia nervosa e mentale* (1902), une curieuse étude clinico-judiciaire sur un cas de cocaïnisme chronique avec troubles psychiques chez plusieurs membres d'une même famille ; aux *Archives de neurologie* (1902), un mémoire des plus intéressants sur les obsessions et les impulsions, avec ce sous-titre : Syndromes épisodiques chez les dégénérés ; aux *Annales médico-psychologiques* (1903), des observations très suggestives de troubles psychiques survenant dans la vieillesse chez les dégénérés. Tous ces travaux, inspirés par les idées de M. Magnan, sont écrits avec une grande clarté, et l'on constate avec plaisir que notre confrère roumain manie notre langue avec une grande facilité.

M. Soutzo a, en effet, comme beaucoup de ses com-

©BIUM

patriotes, l'heureuse chance d'être polyglotte ; il lit et écrit avec la même facilité sa langue maternelle et de nombreuses langues étrangères, ce qui lui permet de se mettre au courant des travaux publiés sur notre spécialité dans la plupart des pays de l'Europe. Sa tendance le porte vers les littératures psychiatriques de la France et de l'Allemagne, et on peut dire qu'il les connaît bien. Il s'est donné pour tâche — et nous ne pouvons que lui en être reconnaissants — de nous faire connaître les idées et les théories qui ont actuellement cours en médecine mentale chez nos voisins de l'Est. C'est ainsi qu'il a déjà publié dans les *Annales médico-psychologiques* (1906) une excellente étude sur l'œuvre du professeur Kraepelin. Cette étude, qui a été fort goûtée, permet, à ceux qui ignorent la langue allemande, de se faire une opinion sur l'ouvrage du maître de Munich, qui est déjà arrivé à sa septième édition et dont le succès ne semble pas encore épuisé.

L'œuvre de Kraepelin, qui est une tentative de synthèse parfois heureuse, mérite à bien des égards le succès qu'elle a obtenu ; mais nous n'étonnerons personne en disant que certaines de ses créations ont trouvé des résistances de la part des cliniciens, et que, parmi ces créations, c'est au type clinique de la démence précoce que sont allées les critiques les plus vives. M. Al. Sontzo, reprenant à nouveau la question, et s'inspirant des travaux les plus récents qu'elle a inspirés, l'a étudiée dans un long mémoire qui paraîtra prochainement dans les *Annales*. Les arguments qu'il apportera en faveur de la thèse du maître de Munich susciteront sans doute des contradictions ; mais il ne faudra pas s'en plaindre, car ce sera le cas de répéter que de ce choc de discussions naîtra un peu plus de lumière sur un point de doctrine qui tend à devenir, je ne dirai pas le clef de voûte, mais bien un des principes fondamentaux de la médecine mentale.

Notre confrère, qui sera tout à l'heure notre collègue, s'est engagé à nous faire connaître les idées et les théories des différents maîtres en médecine mentale qui se sont acquis, dans ces derniers temps, une juste notoriété en Allemagne ; il tiendra parole. Grâce à lui, nous connaîtrons sous ses multiples faces la pensée de nos

voisins sur les difficiles problèmes que soulèvent nos études spéciales.

M. Soutzo a envoyé, en outre, en faveur de sa candidature, un certain nombre de travaux écrits en langue roumaine. N'ayant pas le bonheur d'être polyglotte comme notre distingué confrère, il m'est impossible de les analyser ; mais le simple énoncé des titres nous en fera connaître la substance. Il y a d'abord un travail intitulé : Symptôme catatonique, sa valeur clinique et son mécanisme (1903) ; puis, La psychiatrie moderne et les principaux types morbides (1905) ; enfin, un intéressant rapport médico-légal sur un cas d'imbécillité (1905).

Je crois avoir assez dit pour faire ressortir la haute valeur intellectuelle de M. Soutzo ; je n'ajouterai qu'un mot : en lui accordant le titre qu'il sollicite, vous ferez deux heureux, lui d'abord, son père ensuite, qui est déjà des nôtres et qui jouit en Roumanie d'une réputation justement méritée de savoir et d'honorabilité professionnelle.

Votre Commission est heureuse de proposer à votre suffrage la nomination de M. Soutzo fils comme membre associé étranger de notre Société.

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

M. René Semelaigne. — Messieurs, vous avez bien voulu me charger de vous présenter un rapport sur les titres et travaux scientifiques du Dr Giuseppe Algeri, un de nos plus distingués confrères d'au delà les Alpes, actuellement directeur de l'Etablissement sanitaire Biffi, à Monza. Membre de l'Académie médico-physique de Florence et de la Société médicale de Modène, secrétaire de la Société phréniatrique italienne, collaborateur assidu de la *Revue expérimentale de phréniatrie et de médecine légale*, le Dr Algeri a publié de nombreux et intéressants travaux ; je me bornerai à en citer quelques-uns :

— *Un cas d'inversion acquise de l'instinct sexuel. Guérison par la suggestion hypnotique.*

— *Contribution à l'étude de l'épilepsie d'origine gastrique.*

©BIUM

— *Observations statistiques et cliniques sur les aliénés criminels.*

— *Asphyxie locale chez les aliénés.*

— *Contribution à l'étude des lésions de la protubérance annulaire.*

— *Epilepsie et troubles mentaux consécutifs à un traumatisme cérébral chez un criminel. Trépanation. Amélioration.*

— *Epilepsie larvée. Etude médico-légale.*

— *Du réveil mental chez les aliénés à l'approche de la mort.*

— *Contribution à l'étude des localisations cérébrales.*

— *De l'état mental du régicide Passanente.*

— *Article « Folie périodique » dans l'Encyclopédie médicale italienne.*

Ces quelques citations suffisent pour vous montrer l'importance de l'œuvre scientifique du Dr Giuseppe Algeri.

Le connaissant personnellement, je suis heureux d'avoir été désigné pour vous présenter un rapport sur sa candidature, et de pouvoir vous prier, au nom de votre Commission, de l'accueillir parmi nous, au titre de membre associé étranger.

M. Giuseppe Algeri est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

Maladie d'Addison et délire,

par MM. A. Vigouroux et A. Delmas.

Dans une récente revue sur les troubles psychiques dans les altérations des glandes, Paul Sainton (1) admet que les troubles psychiques liés aux lésions des capsules surrénales sont incontestables. Il rappelle que le délire avait attiré l'attention des premiers auteurs qui étudièrent les lésoins capsulaires, d'Addison le premier, puis de Bright, de Trousseau, etc., qui notèrent soit du délire, soit de l'agitation.

(1) *Encéphale*, juillet-août 1906.

De même, Lœper et Oppenheim, dans leur toute récente étude sur les capsules (*Manuel des maladies des reins et des capsules des reins*, Debove, 1906), énumèrent, parmi les symptômes fonctionnels de l'insuffisance de la fonction antitoxique de la capsule, la dépression physique et morale, la prostration, l'excitation, le délire et les convulsions.

A côté de ces troubles, qui se rencontrent le plus souvent dans les formes aiguës du syndrome surrénal ou dans la période ultime de la maladie d'Addison, il peut exister des états de neurasthénie, avec aboulie et tendance à la mélancolie, également liés à l'insuffisance surrénale et améliorés par l'ingestion de capsules (cas de Dufour et de Rocques de Fursac) (1), états qui constituent simplement l'exagération de l'apathie caractéristique des addisoniens.

Toutefois, les cas de troubles mentaux de longue durée, en rapport avec l'insuffisance capsulaire ou coïncidant avec elle, sont relativement rares, et nous ne connaissons que l'observation publiée par M. Klippel en 1895 sous le titre d'*Encéphalopathie addisonienne*, dans laquelle des attaques violentes de délire et des convulsions épileptiformes ont été notées, plusieurs mois avant la mort du malade, et un autre cas beaucoup moins précis de Rutherford Macphail (*Journal of mental science*, janvier 1885), dans lequel le malade, fils d'aliénés, présentant de la mélancolie, a succombé par syncope 69 jours après son admission à l'Asile avec à la fois des symptômes addisoniens et des symptômes de lésions gastro-hépatiques. Aussi nous a-t-il paru intéressant de soumettre à la Société médico-psycologique l'observation d'un addisonien ayant présenté six mois avant sa mort des troubles mentaux qui ont nécessité son internement.

Sylv..., Antoine, boulanger, âgé de cinquante-cinq ans, entre à l'Asile de Vaucluse le 7 octobre 1905.

Il avait été transféré à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, puis

(1) Neurasthénie et Capsules surrénales. *Revue neurologique*, 1895, t. II.

©BIUM

à Sainte-Anne, de l'Asile de Nanterre, où il était hospitalisé depuis un mois.

Le certificat du Dr Legras constate qu'il n'a pu être conservé à Nanterre à cause de son affaiblissement intellectuel, ses accès d'agitation, sa turbulence et les réclamations injustifiées qu'il faisait. Il manifestait des idées de persécution, se plaignant tour à tour qu'on lui donnât trop à manger pour le faire souffrir, puis qu'on le laissât mourir de faim ; il aurait également émis des idées de richesse, déclarant un jour qu'il était entouré de lingots d'or.

Le Dr Legras ne porte pas de diagnostic.

A l'admission de Sainte-Anne le Dr Simon ne borne également à énumérer les symptômes : affaiblissement intellectuel, excitation, etc.

A son arrivée dans le service, Sylv... nous apparaît comme un homme très amaigri et très affaibli musculairement. Le teint de son visage, jaune, légèrement bronzé, nous frappe de prime abord et nous notons sur le tronc et sur les jambes de nombreuses taches fortement pigmentées, situées au niveau de cicatrices anciennes de furoncles.

Il est grand, 1m69, et ne pèse que 59 kilogr.

Son crâne, dont l'indice céphalique est de 86, le range parmi les brachycéphales.

La physionomie expressive du malade exprime la mauvaise humeur et une méfiance agressive.

Ses pupilles sont inégales et réagissent seulement à l'accommodation (signe d'Argyll) ; sa langue fissurée, légèrement trémulante ; sa parole légèrement embarrassée aux mots d'épreuve ; les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, les réflexes peauciers sont forts, les réflexes plantaires sont normaux.

Les mains sont agitées d'un léger tremblement ; sa démarche est mal assurée, légèrement titubante, en dehors même d'une claudication due à un raccourcissement du fémur droit consécutif à une ostéite de l'adolescence ayant laissé une fistule sur la face postérieure du fémur.

La force musculaire est très diminuée et les muscles sont atrophiés dans leur ensemble.

La sensibilité générale est anormale : il présente une hyperesthésie généralisée qui lui fait pousser des cris dès qu'on le touche ou qu'on le percute, et des douleurs spontanées localisées dans le thorax.

D'autre part, il présente des alternatives de sensation de chaleur ou de froid qui le poussent à modifier constamment l'arrangement de son lit et de ses couvertures.

Ses artères périphériques sont dures et sinueuses, sa tension artérielle est très faible. Les bruits du cœur sont normaux.

©BIUM

Le système lymphatique est hypertrophié : on sent de nombreux ganglions volumineux et durs dans les plis de l'aine et dans la région cervicale

Le thorax est déformé dans sa partie droite; à ce niveau il y a de la submatité et la respiration est faible. Les sommets présentent également une diminution de l'intensité du murmure vésiculaire, mais pas de craquements ni de bruits anormaux. L'appareil digestif nous paraît sain, à part toutefois un dégoût pour tous les aliments qu'on lui présente.

Enfin, pour être complet, notons une cicatrice de la peau adhérente de l'os pariétal droit et des fractures anciennes du bras et du pouce droits consécutives à une chute d'un arbre survenue dans l'enfance.

De cette longue énumération de symptômes physiques nous concluons, pour nous résumer, que chez un tuberculeux guéri (ostéite de la cuisse, pleurésie fibreuse, adénite), nous trouvons le syndrome addisonien (pigmentation bronzée, amaigrissement et faiblesse musculaire, hyperesthésie, hypotension), et le syndrome paralytique : inégalité pupillaire, signe d'Argyll, léger embarras de la parole, exagération du réflexe, tremblement et instabilité musculaire.

Au point de vue mental le diagnostic était également difficile.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles existe, mais il n'est pas énorme. La mémoire est assez bien conservée. Il peut nous donner des renseignements sur lui-même et sur sa famille. Il est de la Savoie : son père est mort à soixante-cinq ans, il ne sait de quelle affection; sa mère est morte jeune. Un frère et une sœur sont morts jeunes et il aurait encore une sœur bien portante.

Il se rappelle les événements de son enfance, raconte la chute qu'il fit d'un cerisier alors qu'il s'est cassé le bras, la longue suppuration de sa cuisse qui le rendit boiteux et le fit réformer du service militaire, etc.

Il était néanmoins d'une force musculaire peu commune et était très apprécié comme garçon boulanger, et il se montre très affecté de cette faiblesse musculaire survenue il y a quelques années.

Il a eu dans sa jeunesse un chancre suivi d'une adénite suppurée de l'aine.

Gagnant largement sa vie comme boulanger, il a vécu quinze ans avec une femme, dont il a eu une petite fille morte jeune.

Il avoue qu'il buvait beaucoup de vin, 4 litres par jour.

Il ne peut dire depuis quand il ne travaille plus.

La caractéristique de son état mental au moment de son

©BIUM

entrée et aussi pendant le séjour qu'il fit à l'asile, était de l'excitation et une mauvaise humeur constante se traduisant par des plaintes continuelles, des récriminations sur tout, sur la nourriture, l'alitement, les soins qu'on lui donnait, etc., sur la faiblesse musculaire. La nourriture, c'est du poison, de la viande pourrie qu'on lui donne pour le faire mourir; son lit est ignoble, tantôt il y brûle, tantôt il y gèle; le médecin, les infirmiers sont des canailles, des bandits bons à pendre, ils le brutalisent tout le temps.

En effet, il s'efforce de cracher tout le poison qu'il a en lui, il défait et refait son lit, il fait des plaintes sur l'infirmier qui l'a bordé dans son lit ou sur le médecin qui l'a examiné, palpé ou ausculté, les accusant d'avoir provoqué par des brutalités les douleurs qu'il ressent.

Jamais il n'a manifesté d'idée de satisfaction ou de grandeur; parfois il faisait allusion à une grande aisance que ses parents auraient eue et à une propriété qu'aurait possédée sa sœur, mais l'absence de renseignements ne nous a pas permis de vérifier la véracité ou la fausseté de ses dires.

Son état mental ne se modifie pas pendant les sept mois qu'il séjourne dans le service; il reste toujours irritable, de méchante humeur et proférant les mêmes plaintes et les mêmes récriminations. Il tomba dans un état de prostration, dont il sortait de plus en plus rarement pour se plaindre.

Physiquement, il s'affaiblit progressivement et devient cachectique sans jamais avoir eu de fièvre; les téguments prennent une teinte brunâtre qui s'assombrissait de plus en plus; l'hypotension artérielle fut constatée à plusieurs reprises.

Il reste toujours alité, tant à cause de sa turbulence que de son irritabilité et de sa faiblesse musculaire.

Cinq mois après son entrée, le 2 mars 1906, il eut de l'incontinence d'urine qui persista jusqu'à sa mort; une légère escarre sacrée apparut le 26 mars, et le 31 du même mois il mourut subitement. A onze heures, il refusa de déjeuner; à une heure, il se congestionna, devint rouge, noir, puis pâlit, eut le râle et succomba: les accidents avaient duré dix minutes à peine.

Autopsie. — L'encéphale pèse 1.360 grammes. A l'ouverture de la dure-mère, la pie-mère apparaît très œdémateuse; elle est épaissie et opalescente, son incision permet l'écoulement d'un liquide clair très abondant.

Les ventricules latéraux et le 4e ventricule sont très dilatés et contiennent une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien.

Les hémisphères sont égaux en poids et chacun d'eux pèse 600 grammes; ils ne présentent pas de lésion à la coupe.

La pie-mère, épaissie, n'est pas adhérente au cortex.

Le plancher du 4e ventricule est recouvert de granulations ; il présente en outre à l'extrémité gauche du losange un petit ramollissement de la grosseur d'un pois qui détruit l'épendyme ventriculaire et touche le pédoncule cérébelleux moyen.

Les deux sommets des poumons présentent de la pleurésie fibro-adhésive et des lésions tuberculeuses anciennes ; de plus, tout le poumon droit est enchâssé dans une véritable gangue fibreuse.

Les capsules surrénales sont grosses, déformées et très dures au toucher, et la coupe montre qu'elles sont transformées dans leur totalité en un bloc blanchâtre et scléreux.

Le foie pèse 1.700 grammes, légèrement scléreux. La rate, pèse 260 grammes.

Le cœur ne présente pas de lésions des orifices, mais l'aorte, à sa base, est ectasiée et sa paroi épaissie et couverte de plaques d'athérome.

Examen histologique. Cerveau. — La pie-mère, très épaissie, fibreuse, est très œdématiée. Elle renferme dans son épaisseur un grand nombre de cellules rondes et de globules du sang ; cette infiltration est plus manifeste à la partie inférieure. Les artères, de moyen calibre, ont leurs parois dégénérées. Les fibres musculaires ne se distinguent plus (dégénérescence hyaline vitreuse) ; pas de périartérite, légère endartérite.

La substance corticale est très congestionnée : quelques vaisseaux présentent une périartérite très discrète.

La zone corticale est sclérosée ; les cellules de névroglie sont très apparentes et très abondantes. Les cellules pyramidales, petites et moyennes, paraissent saines, les grandes pyramidales au contraire sont globuleuses, déformées ; quelques-unes sont remplies presque complètement par du pigment brun ; toutes présentent l'état picnomorphe ; elles sont colorées par le bleu d'une façon uniforme ; le noyau lui-même, parfois excentrique, est coloré fortement, de sorte que le nucléole est à peine visible.

Les fibres de la couronne rayonnante sont grêles et paraissent moins nombreuses que normalement ; les fibres de Tukkes ont disparu, les fibres de Baillarger persistent en partie.

Bulbes. — Dans l'angle interne du plancher du 5e ventricule se trouve un ramollissement superficiel de la grosseur d'un pois. Ce ramollissement a détruit la couche épendymaire, les stries acoustiques superficielles, le corps restiforme et le pédoncule inférieur de ce même côté et une partie du noyau de Deiters de ce côté. Le faisceau solitaire est très diminué de volume.

Ces lésions se voient surtout dans les coupes colorées au Weigert-Pal.

©BIUM

Avec la coloration hématoxyline-éosine on constate qu'autour du foyer de ramollissement se trouve une zone inflammatoire dans laquelle les cellules épendymaires ont proliféré : les vaisseaux sont congestionnés et le tissu sous-jacent infiltré de cellules rondes et de corpuscules amyloïdes.

A la partie inférieure du bulbe, on note aussi une infiltration interne des parois de la veine basilaire.

Au Nissl, les cellules des IX^{e}, X^{e}, XII^{e} paires apparaissent légèrement déformées et colorées d'une façon massive sans qu'on puisse distinguer ni corps chromatique ni noyau. Pas de pigment. Dans toute la hauteur de la moelle, on trouve ces mêmes altérations des cellules des cornes antérieures. Certaines cellules sont déformées et se colorent en masse, d'autres sont en voie de dégénérescence pigmentaire et vacuolaire ; quelques corps chromatophiles sont conservés, rejetés vers la périphérie au niveau du renflement lombaire.

Au Weigert, on ne trouve pas de lésions des cordons. Les racines antérieures et postérieures paraissent grêles et le nombre des fibres qui se colorent est très restreint ; au niveau du renflement cervical, il n'y a pas de lésions des cordons de Goll, mais les racines antérieures paraissent également grêles.

A l'hématoxyline-éosine, on ne constate pas de myélite ni de méningite.

Capsules surrénales. — Les capsules sont très augmentées de volume. Tout le parenchyme glandulaire a disparu, remplacé par plusieurs tubercules confluents dont le centre est caséeux et la périphérie formée de cellules rondes et de cellules géantes.

Il y a de la périsurrénalite et dans la gaine conjonctive, très épaissie et très infiltrée de cellules rondes, on trouve des nodules tuberculeux et des vaisseaux thrombosés.

Les *reins* sont à peu près normaux ; quelques glomérules sont fibreux, il y a peu de sclérose.

Le *foie* présente de la cirrhose périportale et de la congestion de la veine sus-hépatique. Les travées hépatiques sont amincies, mais les cellules ne sont pas graisseuses, se colorent bien et ont leur noyau.

En résumé, en dehors de la tuberculose caséeuse des capsules surrénales, de la tuberculose fibreuse pleuro-pulmonaire et de l'athérome de la crosse de l'aorte, nous trouvons comme lésions du système nerveux, de l'œdème méningé et de la méningite fibreuse, une encéphalite subaiguë avec sclérose, congestion des vaisseaux et périvascularite très discrète, pigmentation, état picnoforme des cellules pyramidales géantes, diminution des

fibres de la couronne rayonnante, disparition des fibres de Tukkes ; au niveau du bulbe un petit ramollissement de l'angle interne du quatrième plancher ayant touché le pédoncule cérébelleux inférieur gauche, l'état picnomorphe des cellules des noyaux bulbaires et enfin, dans la moelle, des altérations cellulaires des cornes antérieures, une raréfaction des fibres radiculaires antérieures.

Ces lésions se rapprochent par certains côtés de celles qu'a trouvées M. Klippel dans un cas d'encéphalopathie addisonienne, publié en 1899 dans la *Revue de neurologie*. Il a trouvé également une encéphalopathie diffuse à marche subaiguë avec œdème ; les lésions de la moelle sont légèrement différentes : dans ce cas, les tubes nerveux présentaient des lésions diffuses que nous n'avons pas constatées.

D'autre part, les altérations des cellules nerveuses, déformation et état picnomorphe, se rapprochent des altérations cellulaires trouvées par Kalindero et Babes, Donetti, Nageotte et Laignel-Lavastine.

Ces lésions, reproduites par des expériences de décapsulisation sur des animaux vivants, peuvent être attribuées à l'intoxication par suppression des surrénales.

Dans cette observation nous trouvons à la fois la destruction totale, par tuberculose, des capsules surrénales et des lésions du système nerveux, les symptômes de la maladie d'Addison et des troubles mentaux.

Pouvons-nous rapporter les altérations nerveuses et les troubles mentaux à l'insuffisance surrénale?

Au point de vue de l'histologie pathologique, nous avons vu l'analogie prononcée qui existe entre les lésions que nous avons trouvées et celles observées non seulement par les cliniciens, mais encore par les expérimentateurs.

En dehors de l'œdème méningé, les lésions sont surtout parenchymateuses, portant sur les cellules du cerveau et de la moelle, et sur les fibres.

D'autre part, les reins étaient sains et le foie, malgré une très légère cirrhose périportale, ayant ses cellules intactes, n'était pas insuffisant comme l'aurait été le foie d'un alcoolique.

Toutefois, il faut avouer que ces lésions nerveuses ne

©BIUM

présentent rien de caractéristique, et qu'elles pourraient se rencontrer dans toutes les formes d'intoxication chronique. La pigmentation des cellules de l'écorce et de la moelle est banale à partir d'un certain âge et surtout chez les tuberculeux : elle ne peut être considérée comme pathognomonique.

La caractéristique la plus nette est la prédominance des lésions au niveau des cellules des cornes antérieures.

Au point de vue clinique, ce malade n'a jamais présenté le tableau symptomatique, soit de l'alcoolisme chronique, soit de la paralysie générale. Il n'a jamais eu de démence proprement dite ; jamais il n'a eu d'euphorie, ni d'idée niaise de grandeur ; le léger trouble de la parole signalé à son entrée n'a pas augmenté et n'est pas devenu un embarras réel de la parole.

Il n'avait pas non plus les hallucinations de l'alcoolisme chronique ; il se contentait d'interpréter, d'une façon délirante et active, les troubles subjectifs qu'il éprouvait en tant qu'addisonien.

Mélanodermie, hypotension, troubles de la sensibilité, troubles de la motilité et asthénie musculaire, troubles gastro-intestinaux et dégoût des aliments : tels sont les grands symptômes classiques de la maladie d'Addison à la période d'état.

Nous avons vu que notre malade les possédait au grand complet, et, de plus, il était excité.

Les troubles de la sensibilité générale jouaient chez lui le rôle principal. Il était hyperesthésique : dès qu'on le touchait, il souffrait ; de là les accusations constantes de mauvais traitements qu'il prétendait avoir subis. Il avait des douleurs localisées : il disait avoir reçu des coups à ce niveau.

Il avait des sensations de froid et de chaleur ; son lit était mal fait, ses couvertures insuffisantes ou excessives. Il se plaignait encore d'asthénie musculaire : celle-ci ayant succédé rapidement à une force musculaire supérieure à la moyenne, était pour lui le sujet de préoccupations hypocondriaques motivées.

Le dégoût des aliments, si fréquent chez les addisoniens, lui faisait trouver détestables tous les aliments qu'on lui présentait, et le poussait à nous accuser de le

©BIUM

laisser mourir de faim ou de le nourrir d'aliments immondes.

La prostration qu'il présenta à la fin, de même que la mort subite, sont manifestement dues à l'insuffisance surrénale.

Le manque de renseignements sur le début de la maladie, sur la nature des premiers troubles mentaux et sur les antécédents héréditaires nous empêche d'être affirmatif sur le rôle pathogénique de l'insuffisance surrénale.

Les symptômes addisoniens n'ont-ils fait qu'orienter le délire chez un malade tuberculeux et alcoolique? ou bien l'insuffisance addisonienne a-t-elle en plus créé l'état cérébral nécessaire à l'éclosion du délire?

Bien qu'incapables de résoudre cette question, il nous a paru néanmoins intéressant d'apporter cette observation, aussi complète que nous avons pu la recueillir, pour contribuer, pour notre part, à l'étude des troubles psychiques liés à l'insuffisance des capsules surrénales.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

Année 1902.

I. — *Des symptômes de début de la paranoïa*; par le Dr Pick (numéro de janvier). — Dans un travail récent, Head cite l'état mental particulier de certains malades atteints d'affections viscérales, qui s'imaginent que leurs amis veulent se débarrasser d'eux, que les infirmiers les méprisent ou les croient moins malades qu'ils ne sont réellement, etc.

Il estime que cet état est absolument distinct des manifestations analogues observées chez des aliénés. Il base cet avis sur l'absence d'idées d'indignité et de culpabilité. Alors, en effet, que l'aliéné croit qu'on l'accuse de quelque crime, et a toujours de bonnes raisons pour l'affirmer, les malades de Head ne sont pas convaincus du bien fondé de leurs soupçons, qui, tantôt leur paraissent justifiés, tantôt, sur l'affirmation de l'entourage, leur paraissent sans fondement.

L'auteur estime que Head est dans l'erreur sur ce point et que l'état de ses malades est absolument comparable à celui du paranoïque au début. Ce dernier aussi hésite d'abord et se dit que ses idées sont injustifiées; ce n'est que plus tard que son délire se consolide en quelque sorte, et l'erreur de Head vient de ce qu'il a comparé l'état mental de ses malades à celui des paranoïques à une période avancée. Au début, l'analogie entre les deux catégories est complète, et le vague sentiment d'inquiétude observé par Head chez ses malades à l'entrée de ce qu'il appelle *ill-formed state of suspicion*, souligne encore cette ressemblance.

II. — *Traitement diététique de l'épilepsie*; par le Dr Schaefer (numéro de janvier). — Trois malades, âgés de plus de trente ans, et épileptiques depuis l'enfance, avec vingt à trente crises

par mois, sans compter les séries de crises si rapprochées qu'elles ne pouvaient plus être comptées, ont été soumis à la diète de Toulouse et Richet modifiée par Balint (lait 1 litre 1/2, beurre 40 à 50 gr., œufs 3, pain et fruits 300 à 400 gr., bromure 3 gr.), du 26 juin au 10 août. Après une diminution du nombre des crises, celles-ci ont disparu complètement le 10 août ; l'état mental s'est également amélioré. Avec le retour à l'alimentation normale, les crises ont reparu, non pas tout de suite, mais après six, huit et neuf jours, avec une intensité et une fréquence plus grandes.

L'auteur en conclut que le régime est un moyen puissant pour combattre l'épilepsie.

III. — *Des troubles psychiques périodiques ;* par le Dr Ennen (numéro de janvier). — L'auteur rapporte trois observations de folie circulaire, et fait ressortir l'existence de l'artério-sclérose chez ses trois malades. La périodicité peut s'observer dans différentes psychoses, aussi bien dans celles à lésions organiques que dans celles qui sont dites fonctionnelles, et dont les lésions sans doute nous échappent encore. Cependant, si l'artério-sclérose existe dans la plupart des cas, il y a lieu d'attribuer l'évolution de la maladie à des troubles vaso-moteurs et trophiques. C'est l'avis de Naetze, qui impute la manie et la stupeur respectivement à l'hyperémie et à l'anémie ; c'est aussi l'avis de Dubois, qui admet que l'artério-sclérose vicie le chimisme des cellules et cause des intoxications locales passagères qui provoquent les crises.

On peut, il est vrai, expliquer ainsi l'alternance d'un état pathologique et d'un état normal, mais non l'alternance de deux états morbides opposés.

L'explication complète, ainsi que le remède efficace, reste donc à trouver.

IV. — *Topographie de la dégénérescence corticale chez les paralytiques généraux, ses rapports avec les centres d'association de Flechsig* ; par le Dr Schoffer (numéro de janvier). — L'auteur a étudié des coupes faites sur les cerveaux de trois paralytiques choisis à dessein parmi ceux qui présentaient la forme démentielle avec mégalomanie, dysarthrie, paralysie faciale et pupillaire, parce que le processus dégénératif devait être bien accentué. Or, il a trouvé des lésions localisées aux régions corticales décrites par Flechsig comme centres d'association, c'est-à-dire aux circonvolutions frontales, au lobe pariétal, à la circonvolution centrale postérieure à l'insula et aux circonvolutions

©BIUM

temporales. Par contre, les centres corticaux sensoriels avec la circonvolution centrale antérieure étaient à peu près indemnes. Ce fait confirme la théorie des centres d'association de Flechsig, théorie que confirment également des observations d'anatomie normale, notamment les recherches de Ramon y Cajal sur le cerveau du fœtus et du nouveau-né. Celui-ci a constaté, en effet, une structure spéciale dans les centres d'association de Flechsig et aussi dans la circonvolution centrale postérieure, structure qui est caractérisée par l'absence d'un plexus de fibres spéciales, plexus qui existe dans les centres sensoriels et dans la circonvolution centrale antérieure.

Un autre fait intéressant est l'existence de cas typiques de paralysie générale, évoluant sans troubles psychiques bien marqués, mais présentant surtout des accidents tels que monoplégies, surdité et cécité corticales, etc. Or, dans ces cas atypiques, Storck a reconnu que les centres d'association de Flechsig étaient indemnes, tandis que les lésions portaient surtout sur les centres sensoriels de l'écorce. Ceci constitue comme une contre-épreuve des faits signalés par l'auteur. Il en résulte que la dégénérescence corticale dans la paralysie générale n'est pas un processus diffus, capricieux en quelque sorte, mais au contraire une affection élective systématique de l'écorce cérébrale.

V.—*Du réflexe oculaire*; par le Dr Bechterew (numéro de février).—Le réflexe consistant en contractions répétées du muscle orbiculaire, a d'abord été décrit par l'auteur sous le nom de réflexe oculaire, puis par Carthy, sous celui de réflexe susorbitaire (*supra orbital*). Hudovernig a constaté, comme l'auteur, que ce réflexe s'obtient non seulement par percussion de la région du muscle frontal, mais aussi par percussion de régions plus éloignées (nasale, malaire). Dans un cas, Hudovernig a constaté la persistance du réflexe après ablation du ganglion de Gasser, ce qui tendrait à prouver qu'il ne s'agit pas d'un réflexe pur. De nouvelles recherches de l'auteur lui ont démontré que, dans les cas de lésion du trijumeau, le réflexe est diminué du côté malade, ce qui prouverait que le trijumeau joue un rôle dans la production du phénomène, et qu'il ne s'agit pas, comme le veut Hudovernig, d'une simple propagation d'une contraction musculaire à un domaine voisin innervé par le même nerf. D'autre part, dans les paralysies faciales, le phénomène oculaire ne se produit pas du côté paralysé, tandis que de l'autre côté il est provoqué aussi bien par percussion des régions fronto-tempo-

rales, nasales, malaires du côté paralysé que du côté indemne.

Il faut en conclure que le phénomène est en partie de nature réflexe, et qu'il relève d'autre part de la propagation immédiate d'une excitation du périoste, des ligaments, des muscles, et qu'il n'y a pas de raison de lui donner le nom de réflexe sus-orbitaire, puisque ni le nerf frontal, ni le muscle frontal ne jouent un rôle prépondérant dans sa production.

VI. — *Le réflexe cornéo-mandibulaire*; par le Dr von Sölder (numéro de février). — L'auteur appelle ainsi un réflexe non encore signalé et se traduisant, quand on touche la cornée, par un mouvement latéral du maxillaire inférieur du côté de la cornée touchée. Ce réflexe, qui implique un rapport entre l'innervation de la cornée et celle des muscles ptérygoïdiens, serait à peu près constant, et l'auteur a constaté que dans certains états comateux il survit au réflexe palpébral qui, à l'état physiologique, l'accompagne toujours. Le Dr Exner ne l'a observé que deux fois dans le sommeil chloroformique, et cela avant le réveil, alors que le réflexe palpébral avait déjà reparu. La marche du réflexe suivrait les branches sensitives du trijumeau, et, par voie centrifuge, ses branches motrices.

Le phénomène aura-t-il une signification clinique? Peut-être pour le diagnostic des affections en foyer des pédoncules cérébraux.

VII. — *Epuisement des réflexes tendineux, sa valeur clinique;* par le Dr Bechterew (numéro de février). — Dans certaines névrites, l'auteur a remarqué que le réflexe patellaire, d'abord bien marqué, s'épuise, et ne peut plus être provoqué après un certain nombre de coups de marteau. Après un temps de repos, il peut être de nouveau provoqué. Ce phénomène, dans les affections évoluant vers la guérison, devient de moins en moins accusé, et avec la guérison il disparaît, le réflexe redevient normal. Il en est tout autrement dans certains processus, comme le tabes, où ce phénomène d'épuisement du réflexe s'observe aussi; mais, au lieu d'aller en diminuant, il augmente jusqu'à disparition du réflexe. Symptôme de convalescence dans le premier cas, il est ici l'indice d'une aggravation progressive. De ce fait, il peut au début du tabes aider au diagnostic, quand il est joint à d'autres symptômes, tels que douleurs lancinantes, paresse pupillaire, etc.

VIII. — *Du réflexe trigéminofacial et du phénomène de Westphal-Pilz*; par le Dr Hugo Lukaez (numéro de février). — Le réflexe supra-orbital, récemment décrit par Mc Carthy,

©BIUM

et déjà signalé par Bechterew, ne serait pas, au dire de Hudovernig, un vrai réflexe, mais un mouvement provoqué par excitation directe, mécanique, du muscle. L'auteur se rallie à l'opinion de Mc Carthy, en faisant remarquer qu'en cas de paralysie faciale, la percussion du point supra-orbital du côté paralysé produit la contraction de l'orbiculaire de la paupière du côté sain seulement. En cas d'augmentation de l'excitabilité, la percussion du facial, à sa sortie du crâne, produit le même effet. Ces faits ne peuvent s'expliquer qu'en admettant la nature réflexe du phénomène. D'ailleurs, ce réflexe disparaît quand la voie motrice est atteinte, et aussi après résection du trijumeau, après suppression, par conséquent, de la voie centripète.

En provoquant ce réflexe supra-orbital, on produit d'abord une contraction suivie bientôt d'une dilatation pupillaire. La dilatation dépassant en intensité la contraction, il s'ensuit qu'après des percussions répétées sur le point supra-orbital on aboutit à une dilatation de la pupille. C'est le phénomène que Westphal et Pilz avaient déjà observé après rapprochement par pincement des paupières. D'après Galassi, ce phénomène pourrait peut-être servir pour le diagnostic différentiel entre la paralysie périphérique de l'oculo-moteur et la paralysie centrale.

IX. — *Anatomie pathologique de la tétanie d'origine gastrique*; par le Dr Rossolimo (numéro de mars). — L'auteur rapporte un cas de tétanie d'origine gastrique avec autopsie. Il a constaté à l'examen microscopique des lésions des muscles, des nerfs périphériques et des centres nerveux. Jusqu'à présent, ces lésions avaient été peu étudiées ; sur 31 observations publiées, la dernière seulement, celle de Ferranini, signale des altérations des cellules du système nerveux ; dans les 30 autres le résultat au point de vue anatomo-pathologique avait été négatif. Les lésions constatées par Ferranini dans les cellules nerveuses étaient analogues à celles qu'a trouvées l'auteur ; quant aux lésions des muscles et des nerfs périphériques, il est le premier à les avoir signalées. Ces lésions n'ont rien de caractéristique, ce sont celles qu'on observe dans des maladies d'intoxication ou d'infection ; mais cette similitude des lésions n'autorise-t-elle pas à considérer la tétanie gastrique comme un effet de l'auto-intoxication par les produits altérés d'un chimisme troublé dans la dilatation de l'estomac ?

X. — *Intoxication chronique affectant une forme nouvelle, voisine de la tétanie*; par le Dr Haenel (numéro de mars). —

Si les affections convulsives de l'appareil musculaire ont été bien étudiées, si les manifestations telles que le tétanos, la tétanie, la myotonie, les différents tics, les crampes professionnelles ont leurs caractères bien spéciaux, il existe néanmoins entre ces affections des formes de transition. L'auteur en rapporte un cas. C'est celui d'un typographe chez lequel, sous l'influence d'une intoxication saturnine chronique, s'est établie une affection chronique progressive du système musculaire, avec contractions tétaniques des groupes musculaires les plus divers, se manifestant d'une façon presque continuelle sous l'influence de grands efforts, d'excitations minimes, et même au repos.

Les troubles observés avaient, d'après l'auteur, bien des caractères communs avec ceux de la tétanie; mais, d'autre part, des signes essentiels manquaient pour permettre de classer l'affection sous cette étiquette. D'autre part, Schultz a décrit, il y a six ans, sous le nom de myokymie, une affection présentant bien des caractères communs avec celle observée par l'auteur; et si Schultze a passé sous silence la question de l'étiologie, l'auteur cite à ce sujet un travail de Buber se rapportant à un cas de myokymie par suite d'intoxication saturnine chez un peintre. Ce malade présentait, avec de la paralysie saturnine des membres supérieurs, des crampes dans les membres et les muscles non paralysés, crampes analogues à celles que l'auteur a constatées chez son malade, typographe également intoxiqué par le plomb. Dans le cas de Buber, l'intoxication a produit simultanément de la paralysie dans certains membres et des crampes dans d'autres; il est donc permis d'admettre qu'elle peut produire ces deux effets isolément. D'autre part, si la tétanie a les apparences d'une affection musculaire, Frankl-Hochwart a pu établir cependant que son substratum anatomique probable est une lésion des cornes antérieures de la moelle.

Or, l'existence de la poliomyélite antérieure chronique d'origine saturnine nous prouve que l'intoxication peut altérer les cornes antérieures aussi bien que les nerfs périphériques et le cerveau; et il est permis d'admettre que dans certaines conditions spéciales la lésion, au lieu de provoquer l'atrophie, peut donner lieu à des manifestations tétaniformes. Le cas rapporté par l'auteur constitue donc, d'après lui, un fait nouveau qui doit prendre rang entre la tétanie et la myokymie, sans qu'il y ait lieu de lui chercher un nom spécial.

XI. — *Myélite disséminée aiguë ou encéphalo-myélite causée*

©BIUM

par l'asphyxie par l'oxyde de carbone, guérison; par le Dr Panoki (numéro de mars). — Un ouvrier et sa femme sont asphyxiés par l'oxyde de carbone dans leur chambre, ainsi que leur enfant qui avait cessé de vivre à l'arrivée des secours. La femme guérit en quelques jours. Le mari est porté à l'hôpital dans un état comateux le 29 décembre. Dès le 3 janvier il présente des escharres, des phlyctènes, de la paralysie des membres inférieurs, des troubles de la sensibilité et du langage, de l'incontinence d'urine et des selles involontaires, de la somnolence, de l'amnésie et de l'apathie. Il guérit dans l'espace de trois mois, il ne lui reste qu'un peu d'affaiblissement intellectuel. En raison de cet ensemble de symptômes, du début brusque et de l'origine toxique de l'affection, on devait diagnostiquer un processus aigu ayant son siège dans l'encéphale, les pédoncules cérébraux et la moelle, décrit sous le nom d'encéphalomyélite.

L'auteur pense avec Bruses et d'autres que lorsque le diagnostic de l'encéphalomyélite paraît douteux, il est confirmé par l'origine infectieuse de l'affection et par la terminaison rapide par guérison.

Les observations d'affections nerveuses à la suite d'intoxication carbonique sont rares, et l'auteur a pensé que ce cas d'encéphalomyélite disséminée consécutive à l'asphyxie par l'oxyde de carbone était intéressant.

XII. — *Magistrats et experts*; par le Dr Hoche (numéro d'avril) et le Dr Naecke. — Récemment, Naecke (in *Archiv für criminal Anthropologie und Criminalistik*, 1900, III, page 99) a soutenu que le juge devrait toujours ratifier les conclusions de l'expert, admettant d'ailleurs la consultation de plusieurs experts avec recours à la commission médicale de la région (Medizinal Collegium) en cas de désaccord de ceux-ci. D'autre part, Frank (in *Psychiatr. Wochenschrift*, 1901 n° 37) soutient que les rapports des experts ne sont pas soumis à l'appréciation libre des juges, quand il s'agit d'accusés déclarés irresponsables par le spécialiste, et ajoute qu'il devait être fait droit à toute demande d'examen de l'état mental d'un accusé.

Cela reviendrait à faire passer l'aliéniste du rôle de conseiller technique à celui de juge suprême. Prétention inadmissible. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'appliquer la théorie à un expert en écriture, par exemple. Quant à la pluralité des experts, avec recours à un collège médical en cas de divergence d'opinion, cela ne ferait que déplacer la difficulté, puisque la rédaction du rapport incomberait, comme de raison, à l'unique

spécialiste faisant partie de ce collège. L'auteur estime, d'ailleurs, que la méconnaissance complète de l'autorité médicale de l'expert ne se voit guère que devant le jury et que, devant les juges de profession, le spécialiste expert a généralement l'autorité qu'il mérite. S'il en est parmi ces derniers qui montrent quelque méfiance, c'est sans doute parce que l'expérience acquise leur a montré que souvent les experts sortent de leur rôle, en allant au delà de la question posée, en généralisant des théories, en se lançant dans des discussions scientifiques déplacées, etc., etc.

C'est donc par la suppression de ces abus que les médecins doivent commencer la réforme. Cette remarque n'empêche pas l'auteur de reconnaître le bien fondé des autres desiderata de Naecke et Frank, en ce qui concerne le choix des experts, le mode d'observation et la formation psychologique plus complète des magistrats.

Sous le même titre (Magistrats et experts), Naecke réplique dans le numéro de mai du journal. Il fait remarquer que personne ne saurait contester que l'expert, ou plutôt le spécialiste, est plus versé sur une question qu'un laïque; qu'il est donc raisonnable que celui-ci se range, même s'il est juge, à l'avis de l'expert. Naecke reconnaît bien qu'il résulte de là un conflit d'attribution, attendu que le droit de décider doit rester au juge; mais il ajoute que le conflit n'est peut-être qu'apparent, puisqu'il ne s'agit pas d'enlever ce droit au juge, mais d'en assurer le fonctionnement régulier dans des cas particuliers, heureusement assez rares. Il cite comme exemple un paralytique en rémission, dont on demande l'interdiction, et il estime qu'un juge agit sagement en la prononçant sur la foi du médecin affirmant, sans pouvoir le prouver actuellement, que le malade est un paralytique. Il estime, d'ailleurs, que ces cas diminueraient en raison de la formation psychologique plus parfaite des magistrats. Il n'admet pas que le juge soit obligé de s'en tenir à un seul expert et pense que le recours au collège médical en cas de divergence est d'autant plus rationnel que généralement le psychiatre membre de ce collège est un des aliénistes les plus éminents du pays. Pour toutes ces raisons il estime que la thèse qu'il soutient n'est pas aussi irréalisable que le croit Hoche.

XIII. — *La médication cacodylique*; par le Dr Schmidt (numéro d'avril). — L'auteur considère Armand Gautier comme le père de cette médication dans les maladies internes.

©BIUM

L'arsenic pris sous cette forme de composé organique a le double avantage d'une toxicité moindre et d'une action plus efficace. Il est un stimulant de la nutrition en général ; sous son influence le nombre des globules rouges augmente rapidement. La forme employée est l'acide cacodylique ou le cacodylate de soude, les doses sont de 5 à 10 centigrammes. Le mode d'administration qui paraît le plus avantageux est la voie hypodermique.

Les affections hépatiques constituent la seule contre-indication. On a obtenu d'heureux résultats dans la neurasthénie, la chorée, la maladie de Parkinson, mais c'est dans le traitement de la tuberculose que les succès paraissent avoir été les plus éclatants.

Avec Magnan, Gautier a traité deux myxœdémateux dont un avec quelque succès.

A Sainte-Anne, Magnan a fourni à Gautier l'occasion d'appliquer le traitement aux psychoses. L'appréciation des résultats est ici rendue difficile, parce qu'il s'agissait de cas aigus qui guérissent aussi par la méthode expectative. A remarquer cependant que l'appétit des malades fut stimulé, ce qui dans quelques cas permit de supprimer l'alimentation forcée. Chez une périodique les intervalles des accès prirent une durée de deux mois et demi au lieu de cinq semaines.

Gautier résume en ces termes son opinion sur le traitement chez les aliénés : 1° chez un sixième des déments et agités il y a une amélioration très marquée, et un mieux sensible dans la moitié des cas.

2° La forme maniaque (délirante) paraît mieux influencée par la médication cacodylique que la forme mélancolique.

XIV. — *Une nouvelle méthode de coloration pour le système nerveux central* ; par le Dr H. von Schrötter (numéro d'avril). — La coloration se fait au moyen d'une solution d'alizarine à 1 ou 2 p. 100. Les coupes peuvent être laissées 24 heures dans la solution et même être chauffées dans celle-ci, sans que les préparations en souffrent. Elles sont ensuite baignées dans l'eau de puits pendant trente secondes à une minute, jusqu'à passage à une teinte rougeâtre, passées ensuite à l'alcool, et rendues transparentes, par un des procédés en usage. On voit ensuite tous les éléments colorés différemment et rendus distincts. La substance grise prend une teinte brun-violet, la substance blanche une teinte brun-jaunâtre. Les teintes varient pour le protoplasma, les noyaux, les fibres nerveuses,

la névroglie, et les parties dégénérées sont déjà à l'œil nu reconnaissables d'avec les autres. Les colorations combinées et le traitement par des solutions variées pour différencier les éléments anatomiques deviennent superflus.

XV. — *Un cas de thrombose autochtone des sinus de la dure-mère* ; par le Dr Good (numéro d'avril). — En pleine santé une femme de quarante-trois ans présente des attaques épileptiformes, des vertiges, des nausées, des vomissements et une amaurose totale. La tête est rouge, il y a de la céphalalgie sans raideur de la nuque, sans paralysie, sans sueurs unilatérales, sans fièvre.

Le lendemain, la malade a trois attaques épileptiformes ; le surlendemain elle en a vingt-trois. Dépression, déviation des yeux, veines de la rétine turgescentes, hémiparésie gauche, paraphasie. Pas de troubles de la sensibilité, pouls régulier. Le quatrième jour elle est dans le coma, n'avale plus, a de la paralysie du facial droit, de nombreuses attaques, de la cyanose de la face et du cou, des sueurs profuses ; elle succombe le cinquième jour. L'autopsie révèle de la surcharge graisseuse générale, un thrombus du sinus longitudinal et du sinus transverse, des hémorragies sous-arachnoïdiennes, de la pachyméningite hémorragique, des apoplexies capillaires de l'écorce et de la substance cérébrale, de l'hydrocéphalie interne, de la dégénérescence graisseuse du cœur, une embolie dans le lobe inférieur du poumon droit.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans toutes ses considérations au sujet du diagnostic ; il suffira de dire qu'il s'est arrêté à l'idée d'une tumeur hémorragique de la base du crâne ou d'un thrombus des sinus, sans pouvoir se prononcer en faveur de l'une ou l'autre hypothèse. Il fait remarquer que Nothnagel a signalé il y a vingt ans l'impossibilité d'établir le diagnostic différentiel entre ces deux lésions, quand on n'est pas conduit au diagnostic par l'anamnèse ou l'étiologie ; mais il ajoute que si l'embolie pulmonaire trouvée à l'autopsie avait été diagnostiquée pendant la vie, le diagnostic de thrombus du sinus longitudinal se serait imposé, car l'embolie ne pouvait avoir d'autre origine. Une intervention chirurgicale aurait-elle été indiquée dans ce cas?

XVI. — *Des changements de caractère à la suite de lésions cérébrales* ; par le Dr Friedmann (numéro de mai). — Il est établi que des altérations cérébrales diffuses caractérisées cliniquement par de l'affaiblissement intellectuel peuvent se pro-

©BIUM

duire non seulement à la suite de commotions cérébrales, mais aussi consécutivement à des lésions locales du cerveau. Or, l'auteur, dans ses recherches expérimentales au sujet de l'encéphalite aiguë, a été frappé de l'attitude sauvage, pour ainsi dire féroce, de deux animaux soumis à des vivisections et ayant subi des traumatismes localisés du cerveau. Sacrifiés six ou sept semaines après le traumatisme subi, ces deux sujets présentaient des lésions identiques : à la surface cérébrale une légère cicatrice consécutive à la plaie aseptique, une rougeur diffuse de la pie-mère, sans exsudat, et, à l'examen microscopique, des altérations diffuses étendues à presque tout le cerveau, et consistant en une forte infiltration lymphoïde. Or, les autres sujets sacrifiés après des expériences semblables, mais chez lesquels il ne s'était produit que l'encéphalite expérimentale habituelle, étaient restés calmes et apathiques. On peut donc être tenté d'attribuer l'attitude agitée et violente des premiers à l'état d'irritation du système circulatoire. On peut d'ailleurs se demander si cette excitation psychique, au lieu d'être directement produite par l'irritation des tissus, ne proviendrait pas de troubles intellectuels causés chez les animaux par la lésion anatomique? Cela rappellerait la démence paralytique provoquée expérimentalement chez les chiens par Mendel et peut aider peut-être à expliquer certains troubles psychiques analogues à ceux de la paralysie générale, qu'on observe chez l'homme à la suite de traumatismes cérébraux.

XVII. — *Démonstration relative à la physiologie de la vision corticale*; par Hitzig (numéro de mai). — Quand l'auteur a eu démontré que l'extirpation d'une partie du lobe cérébral postérieur amenait chez le chien des troubles visuels contralatéraux, Munk a basé sur ces faits une théorie compliquée des rapports de la rétine avec l'écorce cérébrale, théorie d'après laquelle chaque élément rétinien serait en rapport direct avec un élément cortical. Les expériences récentes de l'auteur prouvent que cette théorie est inadmissible. Il a remarqué en effet que :

1° Si un chien a subi l'excision d'une partie du lobe cérébral postérieur, au niveau de la « sphère visuelle » de Munk, les troubles visuels consécutifs disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long, et suivant un mode constant : le retour de l'intégrité visuelle se manifeste d'abord dans la partie centrale et inférieure du champ visuel.

2° Si, après disparition des troubles visuels provoqués par

©BIUM

la première opération, on opère sur l'autre hémisphère, les troubles disparus réapparaissent et dépassent même en intensité ceux de l'œil atteint par la nouvelle intervention. Ces troubles ont en général un caractère hémianopsique et n'affectent pas la forme de scotome circonscrit, comme l'exigerait la théorie de Munk; ils disparaissent d'ailleurs avec le temps. De même que l'absence de scotomes, le retour des troubles visuels dans l'œil atteint par une première opération, constitue un argument irréfutable contre la théorie de Munk.

XVIII. — *Ataxie cérébelleuse aiguë*; par Bechterew (numéro de mai). — L'auteur a observé chez des alcooliques un trouble particulier de la motilité, caractérisé par la perte de l'équilibre avec balancement du corps, par une démarche rappelant celle de l'homme ivre et par des vertiges plus ou moins constants. Se basant sur des considérations d'ordre physiologique, l'auteur est amené à attribuer ces troubles à une ataxie cérébelleuse aiguë, qui d'ailleurs peut naître sous des influences autres que l'alcoolisme. Il cite à ce sujet une observation publiée par Schnitzer, dans laquelle l'affection est née chez un syphilitique sous l'influence probable d'une intoxication par du poisson de mauvaise qualité. Il insiste sur la nécessité de ne pas confondre cette affection avec les cas d'ataxie aiguë ordinaire qui ont été décrits par Leyden, Westphal et Dinckler à la suite de maladies infectieuses. Dans ces derniers cas le trouble de la motilité affecte la forme du « tremblement intentionnel », la parole est embarrassée, il y a de la parésie spasmodique des membres inférieurs, etc. Tous ces symptômes font défaut dans l'ataxie cérébelleuse que décrit l'auteur. Cette affection sera favorisée par toutes les circonstances qui peuvent donner lieu à des affections vasculaires, à des hémorragies, thromboses, etc., dans le cervelet.

XIX. — *Absence du réflexe tendineux du genou dans la myélite dorsale par compression, avec dégénérescence des racines postérieures de la moelle lombaire*; par Bartels (numéro de mai). — La disparition des réflexes tendineux à la suite de lésion transversale de la moelle au-dessus de l'arc réflexe spinal, est-elle due, comme le veut la théorie de Bastian et comme l'a prétendu Nonne, à la séparation du cerveau d'avec la moelle?

Brauer a observé la conservation des réflexes après destruction transversale complète de la moelle, et a été ramené ainsi à la théorie de Sternberg, qui admet une action inhibitrice sur les réflexes dans les centres médullaires supérieurs. Mais les

©BIUM

changements de pression au-dessous de la lésion transversale pourraient aussi influencer les réflexes. Balint admet comme conditions de la suppression des réflexes, d'abord une lésion directe des voies réflexes, ensuite l'isolement des cellules nerveuses d'avec les voies cérébelleuses centrifuges, isolement qui aurait pour effet de diminuer le tonus des cellules nerveuses et des muscles, et d'entraver les réflexes. Cette dernière lésion ne paraît pas établie.

D'autre part, Bruns explique déjà qu'en cas de lésion transversale incomplète avec absence de réflexes, il faut admettre des lésions de l'arc réflexe. Ces lésions ont été d'ailleurs constatées par Egger, Francotte, Leyden, Marinesco dans les ganglions des cornes antérieures, par Bischoff dans les racines postérieures, par Oppenheim-Siemerling dans les troncs nerveux, par Brasch dans les cellules des cornes antérieures et dans les colonnes de Clarke, ainsi que dans les parties intramédullaires des racines antérieures.

En raison du petit nombre d'observations avec lésions de l'arc réflexe qui ont été publiées, l'auteur rapporte un cas nouveau qui se résume ainsi : mal de Pott avec paralysie par compression à la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale. Réflexes d'abord exagérés, ensuite, à partir du moment où apparaît la paralysie, abolis jusqu'à la mort. Anatomiquement, la lésion transversale de la moelle n'est pas complète, quelques fibres persistent, et le faisceau pyramidal gauche n'est pas complètement dégénéré. Fonctionnellement, la douleur, à la suite de piqûres à la jambe est encore transmise par les fibres restées intactes. Par contre, on observe au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires, une dégénérescence de toutes les racines postérieures, notamment dans leurs parties intramédullaires. Après avoir exclu comme étiologie l'intoxication générale par quelque maladie infectieuse et la tuberculose dont la malade était atteinte, l'auteur attribue cette dégénérescence à la compression. D'où il faut conclure que dans la myélite par compression avec absence du réflexe du genou, il y aurait lieu d'avoir recours à la ponction lombaire.

Tout en reconnaissant que ces cas ne sauraient être invoqués directement pour ou contre les théories de Bastian et de Bruns, parce que d'une part la lésion transversale était incomplète et que, d'autre part, la dégénérescence des racines postérieures explique suffisamment la disparition des réflexes, l'auteur est porté à croire avec Brasch et Balint que les cas publiés dans

©BIUM

lesquels on a constaté la suppression des réflexes avec intégrité de l'arc réflexe, ne sont pas à l'abri de toute critique. L'emploi de la méthode de Marchi est en effet indispensable pour trancher cette question de la suppression du phénomène du genou qui intéresse à la fois le physiologiste, l'anatomiste et le clinicien.

XX. — *Des voies centrales des nerfs des muscles de l'œil*; par le Dr Piltz (numéro de juin). — Après avoir, au moyen de courants d'induction faibles, fixé les points de l'écorce cérébrale dont l'excitation provoque des mouvements isolés des muscles de l'œil, l'auteur a excisé ces parties, et, sacrifiant après quatorze jours les lapins et les chiens en observation, il a fait de leur cerveau des coupes examinées ensuite par la méthode de Marchi.

L'étude des dégénérescences secondaires lui a permis de suivre ainsi les trajets centraux des nerfs oculo-moteurs depuis leurs centres corticaux jusqu'à leurs noyaux. Il a trouvé chez les chiens quatre centres corticaux dont l'ablation produit des paralysies des muscles oculaires : un centre frontal à la partie postérieure du lobe frontal; un centre pariétal à la partie antérieure de la deuxième circonvolution; enfin un centre temporal et un occipital.

Ses recherches, très intéressantes, n'ont porté que sur les deux premiers; mais, par sa nature même, ce travail exigerait une traduction avec reproduction des figures, et ne se prête guère à un résumé.

XXI. — *Atrophie musculaire spinale ou myopathique?* par le Dr Cohn (numéro de juin). — Le point d'interrogation posé par l'auteur montre l'incertitude de son diagnostic, et la publication de son observation a pour but d'en faire ressortir les difficultés. Cette observation peut se résumer ainsi : une fille de quinze ans avec légère tare héréditaire se plaint depuis trois ans de faiblesse progressive des membres inférieurs. Elle présente de la paralysie des muscles de la région péronière des deux côtés, les pieds ont la position du varus équin; les muscles du bassin sont affaiblis, les mollets hypertrophiés, l'excitabilité électrique des muscles paralysés abolie, les extenseurs du grand orteil présentent la réaction de dégénérescence. Réflexes et sensibilité intacts, musculature du tronc, des membres supérieurs et de la face normale, figure légèrement bouffie. Depuis dix-huit mois, vertiges fréquents. — Il s'agit incontestablement d'une atrophie musculaire progressive; mais de quelle

©BIUM

forme? Spinale-névritique du type Charcot-Marie-Hoffmann, ou dystrophique?

Dans la première hypothèse, le cas serait absolument atypique, et il ne le serait pas moins dans la seconde. D'une part, en effet, l'apparition précoce de la parésie des muscles du bassin et l'hypertrophie des mollets semblent devoir exclure la forme spinale; et d'autre part la réaction de dégénérescence unie à un début de l'affection par les muscles péroniers semble devoir faire rejeter la forme amyotrophique, qui d'ailleurs débute rarement par les muscles péroniers.

Et cependant des symptômes nombreux militent en faveur de ces deux hypothèses, et ne permettent pas d'en émettre une troisième. Mais il n'y a pas de raison d'opter entre les deux premières, ce qui prouve, dit l'auteur, que le diagnostic de l'atrophie spinale n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire d'après les déclarations de Hoffmann.

XXII. — *Vomissements stercoraux dans l'état épileptique*; par le Dr Gotze (numéro de juin). — A de longs intervalles, l'auteur a constaté chez une vieille épileptique des vomissements de matières fécales au cours de crises épileptiques répétées.

Comme ces vomissements cessaient avec les crises, et que ni avant, ni après, il n'y avait traces de troubles gastro-entériques, l'auteur attribue ces vomissements aux contractions intestinales durant les crises. Il résulte, en effet, des constatations faites par le Dr Ossipow, que les muscles lisses de l'intestin participent aux convulsions épileptiques; et ces contractions peuvent aller jusqu'à l'occlusion intestinale. Le même phénomène a été observé par Rosenstein dans un cas de tétanie. L'auteur propose de désigner cette complication de l'épilepsie sous le nom d'*ileus spasticus*.

XXIII. — *Préparations histologiques du système nerveux par centrifugation*; par le Dr Reich (numéro de juillet). — Si le procédé par lacération des tissus a l'avantage de donner des préparations où les éléments conservent leur forme naturelle, ces préparations se prêtent mal aux procédés microchimiques de coloration. D'autre part, le procédé par coupes minces a l'inconvénient de nécessiter l'enrobement préalable, ce qui rend les préparations peu résistantes et peu aptes aux manipulations exigées par la coloration.

Pour éviter ces inconvénients, l'auteur recommande la centrifugation. Il a recours à deux procédés. Le premier consiste

à agiter dans un liquide renfermé dans un tube à épreuve le tissu préalablement macéré. Les grosses parties (morceaux de vaisseaux, ramifications vasculaires) sont éliminées par un tamisage ; les autres, fibres nerveuses, ganglions, cellules, globules sanguins, sont recueillies. Le deuxième procédé consiste à faire des coupes minces sur des tissus préalablement durcis. Ces coupes et ces éléments recueillis par tamisage sont ensuite soumis à la centrifugation. Après cette opération, le liquide est décanté, et le dépôt est soumis aux procédés usuels de coloration et de différenciation. Les préparations sont ensuite soumises au lavage et enrobées dans le baume du Canada. En agitant, on répartit également les éléments à analyser, et il ne reste plus qu'à monter autant de préparations qu'on veut sur le porte-objet. On peut aussi monter les préparations avant ou après coloration sur verre, les laisser dessécher, et les soumettre ainsi à l'examen. L'auteur a pu obtenir ainsi des préparations de coupes nerveuses très minces, et convenablement colorées sans enrobage.

XXIV. — *Cécité hystérique* ; par le Dr Kron (numéro de juillet). — D'une étude portant sur 49 cas de cécité hystérique, nous retiendrons les conclusions suivantes auxquelles s'est arrêté l'auteur : Ce serait une erreur d'admettre avec certains auteurs que la durée de la cécité psychique est limitée à quelques heures ou à quelques jours. Sur les 49 cas cités par l'auteur, 32 ont été à accès unique, et 11 seulement ont guéri au bout de quelques heures ou de quelques jours. Onze fois, par contre, la durée a été de six semaines, et dix fois de quatre mois à dix ans. Quant au sexe des malades, on compte 3 hommes pour 8 femmes dans les cas légers ; dans les cas à récidive, il ne figure pas 1 homme sur 13 malades.

C'est entre dix et vingt ans que la maladie atteint sa plus grande fréquence ; après trente ans le nombre des cas diminue beaucoup.

La plupart des auteurs admettent que l'apparition de l'amaurose hystérique est subite, et liée généralement à des crises d'hystérie.

Pour le premier point, il est confirmé par les observations de l'auteur, puisque 2 fois seulement sur 49 l'affection s'est produite petit à petit ; mais en ce qui concerne le rapport direct de l'amaurose avec une crise d'hystérie, il est mentionné 6 fois seulement. Le traumatisme est signalé 8 fois. En l'absence de crise, signale-t-on au moins d'autres manifestations hystériques

©BIUM

antérieures à l'amaurose? Dans 4 cas ces manifestations sont formellement écartées, dans 16 autres, il n'en est pas question, et dans les 29 qui restent elles sont signalées; spécialement dans les 17 cas où l'amaurose était double.

L'état des pupilles est mentionné dans 29 observations : 15 fois comme normal, 14 fois comme pathologique.

L'état des muscles oculaires est mentionné 9 fois : 3 fois comme normal, 6 fois on signale des états de contracture.

Les lésions du fond de l'œil, en raison du caractère psychique de l'affection, doivent être exclues, et de fait, parmi les 49 cas, on ne signale qu'une fois de la neuro-rétinite. Celle-ci, ayant subsisté après la disparition de la cécité, doit être considérée comme une complication.

Quant au pronostic, il est favorable : 38 guérisons complètes constatées. A de rares exceptions près, la guérison est subite comme le début; elle peut encore se produire après dix ans. L'affection est justiciable surtout de la psychothérapie, de la suggestion sous toutes les formes. Un malade a été guéri par la douleur causée par l'examen ophthalmoscopique ; trois autres, cités par Montgeron, ont guéri subitement sur la tombe d'un saint où on les avait menés pour prier.

La maladie peut être simulée, et la fraude n'est pas faeile à constater. L'attitude du malade atteint de cécité psychique est différente de l'aveugle par lésion somatique. Le fait que dans l'amaurose unilatérale l'œil atteint fonctionne pour la vision binoculaire crée à l'expert une situation difficile.

Le prisme, le stéréoscope, la boîte de Flees sont des témoins à charge contre le malade. Le simulateur et l'hystérique se comportent d'une façon identique devant les appareils. L'écueil ne peut être évité que par une connaissance parfaite des maladies psychogènes ; encore est-il que la difficulté persistera dans les cas où l'amaurose est le symptôme unique de l'hystérie. L'auteur signale en terminant un fait remarquable observé par lui et par Königstein dans l'amaurose unilatérale; il consiste en ce que l'œil amaurotique, qui est errant quand on ferme l'œil sain, prend dans la vision binoculaire sa position normale; il fixe.

XXV. — *Un cas extraordinaire de crampe du facial (myokymie limitée à la région du facial gauche)*; par le Dr Bernhardt (numéro d'août). — Une femme de vingt-sept ans, d'ailleurs bien portante, présente à gauche une ouverture des paupières moins marquée, et le sillon naso-labial du même côté plus ac-

cusé. S'agit-il d'une paralysie faciale droite ou d'une contracture des muscles de la face du côté gauche?

Un examen minutieux fait rejeter à l'auteur l'une et l'autre de ces hypothèses. D'autre part, des mouvements fibrillaires ininterrompus des muscles de la moitié gauche de la face, mouvements qui n'ont rien de commun avec les contractions cloniques du tic convulsif, font diagnostiquer l'affection décrite par Kny d'abord, par Schultze ensuite, sous le nom de myokymie, et par Morvan sous le nom de chorée fibrillaire. Hoffmann, Meyer, Buber, Biancone, Karcher et Williamson en ont rapporté aussi des exemples. Tous les cas, si l'on excepte ceux de Morvan, concernaient des hommes; tous avaient débuté par les muscles des mollets, et, si les muscles des membres inférieurs, rarement ceux du tronc, et exceptionnellement ceux des membres supérieurs étaient atteints, ceux de la face avaient toujours été respectés, sauf dans le cas de Williamson. Le cas de l'auteur présente donc deux particularités, d'abord en ce qu'il se présente chez une femme, ensuite, en ce qu'il est limité aux muscles de la face. La contracture de l'orbiculaire gauche de la paupière et de l'élévateur de la lèvre ne prouve rien contre le diagnostic de myokymie, puisque d'autres auteurs ont signalé des spasmes et des convulsions toniques dans les régions musculaires atteintes.

La malade, avant l'apparition des mouvements fibrillaires, souffrait depuis un certain temps de migraine avec éblouissements et malaises. Ce fait autorise peut-être à classer l'affection dans les névroses. Il n'y avait aucune trace d'hystérie.

Traitée par les courants galvaniques faibles et par le bromure de potassium, la malade a guéri en trois mois.

XXVI. — *Affections mentales à la suite d'auto-intoxications expérimentales. Psychoses chez les chiens après la thyroïdectomie*; par le Dr Blum (numéro d'août). — Le corps thyroïde est un organe qui a pour mission de neutraliser les toxines de l'organisme. S'il est supprimé, l'intoxication affecte la forme aiguë de la tétanie. Si la fonction est simplement réduite, s'il y a insuffisance thyroïdienne, il se produit des thyréotoxalbumines et du thyroïdisme, comme cela s'observe aussi dans la maladie de Basedow. D'après les recherches de l'auteur, les toxines ont dans ce cas leur origine dans le tube digestif et sont le résultat de la décomposition des matières albuminoïdes. C'est ainsi que les chiens privés du corps thyroïde succombent rapidement quand ils sont nourris avec de la viande, et survi-

©BIUM

vent au contraire assez longtemps quand ils sont soumis au régime lacté.

Chez ces survivants l'auteur a observé des phénomènes qui, dit-il, ont apparu non seulement à lui, mais à des psychiatres de profession, comme des troubles intellectuels graves.

Ces phénomènes consistent: 1° en hallucinations (celles-ci, bien entendu, sont diagnostiquées d'après l'attitude et les gestes des sujets); 2° en changement de caractère. Des chiens caressants et gais deviennent sombres et sauvages, ne s'intéressent à rien ; 3° en affaiblissement intellectuel avec dépression et attitude hébétée ; 4° en phénomènes moteurs, changement de la démarche, marche à reculons avec efforts pour traverser les murs avec l'arrière-train, etc. ; 5° en crises convulsives alternant avec des troubles psychiques, ainsi que cela s'observe dans l'épilepsie.

La durée de cet état varie entre plusieurs jours et plusieurs semaines, la mort a lieu par cachexie ou dans des convulsions. Deux chiens à accès périodiques sont morts dans un état comparable à l'état épileptique.

Si l'intoxication aiguë après la thyroïdectomie aboutit surtout à des accidents convulsifs, on voit que l'intoxication à marche ralentie produit outre les troubles de nutrition des troubles psychiques.

L'auteur estime que ces faits rappellent les affections mentales chez l'homme, et qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de rechercher les rapports des intoxications consécutives aux lésions des organes qui ont pour rôle de neutraliser des toxines, avec les maladies psychiques. Ses observations montrent déjà que le myxœdème et le crétinisme ne sont pas les seules affections en cause. Il importera d'ailleurs de ne pas perdre de vue que le corps thyroïde n'est pas le seul organe qui joue le rôle de « détoxiquer » l'organisme.

XXVII. — *Névrite multiple dans un cas de maladie de Basedow* ; par le Dr Diller (numéro d'août). — Une femme de quarante-six ans exempte d'alcoolisme, de syphilis, d'infection et d'intoxication présente au mois de juin des signes d'irritabilité, elle se croit menacée de quelque maladie. Dès le mois de juillet on observe du tremblement des mains et de l'exophthalmie avec vomissements qui persistent jusqu'à la mort. Ce tremblement, l'exophthalmie, la fréquence du pouls, joints à des symptômes de neurasthénie et à une augmentation du corps thyroïde, font diagnostiquer la maladie de Basedow.

©BIUM

L'exophthalmie persiste au même degré jusqu'à la mort, le tremblement au contraire s'accentue de plus en plus. La fièvre est légère, le pouls à 140; mais dès le mois d'août la malade éprouve des douleurs dans tout le corps et aussi des illusions et du délire hallucinatoire.

Les douleurs augmentent au point que la compression et le simple attouchement d'un membre deviennent très douloureux. Les muscles diminuent de volume et de force. Avec ces symptômes on observe en septembre l'exagération du phénomène du genou. Quelques semaines avant la mort, la face prend une teinte cuivrée comme chez les femmes enceintes.

Le coma s'établit trois jours avant la mort. L'autopsie n'a pas été faite. L'évolution rapide est, d'après l'auteur, le signe d'un empoisonnement par une toxine mortelle, et, vu que les autres causes d'intoxication ont été éliminées, l'agent toxique ne peut provenir que de la glande thyroïde; et, si cette interprétation est fondée, il faut en conclure que le trouble de la sécrétion thyroïdienne est la cause de la maladie de Basedow. L'observation démontre en outre que cette maladie peut donner lieu à de la névrite multiple.

XXVIII. — *Du symptôme initial du tabes et de la signification du réflexe du tendon d'Achille*; par le Dr Goldflam (numéro de septembre). — L'étude des réflexes a permis de faire le diagnostic précoce du tabes. On considère ce diagnostic comme justifié quand on se trouve en présence des trois symptômes connus: les douleurs fulgurantes, le signe de Westphal et d'Argyl-Robertson. On peut se demander quel est celui de ces trois symptômes qui se manifeste le premier. Pour résoudre cette question, il faut avoir l'occasion d'observer les malades dès le début et pendant de longues années quelquefois.

Les faits observés par l'auteur dans ces conditions, faits dont il en rapporte un en détail dans son travail, l'amènent à croire que les douleurs fulgurantes constituent le symptôme initial du tabes. Ces douleurs ont été dans le cas qu'il rapporte le symptôme unique pendant dix ans.

D'autres fois ces douleurs alternent avec des crises de gastralgie. Elles constituent, d'après l'auteur, le signe le plus caractéristique du tabes quand elles se présentent sous leur forme typique, forme qui ne permet pas de les confondre avec des manifestations douloureuses d'une autre d'origine, alors que les signes de Westphal et celui d'Argyl-Robertson appartien-

©BIUM

nent à des affections variées. Le siège anatomique de ces douleurs doit être cherché dans les racines postérieures toujours dégénérées, et susceptibles d'être impressionnées par des changements de la pression sanguine dans les vaisseaux.

Quant au réflexe du tendon d'Achille, il résulte des recherches de l'auteur, de celles de Biro et de Babinski, que ses variations ont, dans le diagnostic du tabes, une valeur au moins égale et probablement supérieure à celle du réflexe du genou.

En règle générale, en effet, on constate dans le tabes la disparition du réflexe du tendon d'Achille comme celle du réflexe du genou. Il arrive quelquefois que le réflexe du genou persiste alors que le réflexe du tendon d'Achille a disparu, ou inversement; ce dernier cas est cependant plus rare. Il arrive aussi pour le réflexe achilléen (ce qu'on constate aussi pour le réflexe du genou) qu'il se présente avec des caractères différents des deux côtés, et l'auteur a observé un cas de tabes où ce réflexe manquait d'un côté seulement.

La disparition de ce réflexe dans certains cas où celui du genou persiste, permet parfois de diagnostiquer le tabes avant l'apparition du signe de Westphal.

XXIX. — *Epilepsia luetica*; par le Dr Feinberg (numéro de septembre). — L'épilepsie n'est pas rare dans la syphilis cérébrale. Elle se présente sous deux formes : sans troubles cérébraux, ou avec manifestations cérébrales antécédentes ou consécutives. Dans l'une ou l'autre forme, l'attaque épileptique ne diffère guère de l'épilepsie fonctionnelle; elle peut se présenter sous toutes ses variétés, sous forme de petit mal, d'épilepsie jacksonienne ou d'équivalents psychiques.

Le premier type évolue sans manifestations cliniques d'affections cérébrales; dans le second type ces manifestations sont nombreuses, telles que céphalée spéciale, troubles du langage, aphasie motrice passagère, aphasie optique, paraphasie, amnésie, hémiparésie, hémiplégie, névrite optique, amaurose passagère, etc.

En ce qui concerne la cause efficiente du premier type, on ne peut faire que des suppositions et incriminer des foyers circonscrits disséminés, susceptibles d'augmenter l'excitabilité des centres nerveux, ou bien l'anémie, la cachexie, les toxines spécifiques. — On observe assez rarement des cas de ce type; néanmoins Gros et Lancereaux en ont rapporté quatorze, et le cas de Trousseau et Pidoux concernant un diplomate atteint de

©BIUM

syphilis, qui guérit d'une épilepsie ancienne après une cure mercurielle, est bien connu.

L'auteur rapporte deux nouveaux cas de ce genre. C'est d'abord un épileptique de quarante-quatre ans chez qui l'âge avancé, l'absence de tare spécifique, certains accidents et l'heureuse influence des iodures ne laissent aucun doute sur l'origine des crises, qui guérit par un traitement mercuriel. C'est ensuite un sujet de trente-huit ans, épileptique avec accidents primaires et secondaires constatés, qui guérit par le même traitement.

Comme exemple du second type (avec manifestations cérébrales), l'auteur cite un sujet de trente-six ans qui après un chancre avait présenté des accidents secondaires, et aussi, plusieurs années avant les crises d'épilepsie, de l'aphasie motrice, de la paraphasie, de l'aphasie optique transitoire, le tout sous une forme subite et passagère, sans répercussion sur l'intelligence et les aptitudes professionnelles.

— Dans l'épilepsie jacksonienne, comme les convulsions tiennent non à la nature de la lésion mais à son siège cortical, le diagnostic peut être rendu difficile quand la syphilis est niée et n'a pas laissé de stigmates. On peut dans ce cas penser à une tumeur cérébrale, à la paralysie générale. Il est vrai que l'évolution ultérieure tranche la question, mais il importe dans les cas douteux d'instituer aussitôt le traitement mercuriel. L'auteur rapporte deux cas d'épilepsie jacksonienne guéris par ce traitement.

Des traumatismes craniens, enfin, peuvent après des années faire naître une épilepsie qui ressemble à l'épilepsie fonctionnelle ou syphilitique.

Le diagnostic ne sera pas toujours sans difficulté, surtout lorsqu'il y a simultanément infection spécifique et traumatisme, alors surtout que ce dernier a pu être assez peu grave pour n'être pas resté dans la mémoire du malade.

L'auteur cite un cas où le diagnostic d'épilepsie spécifique a été réformé à l'autopsie par la découverte d'un abcès enkysté du lobe frontal gauche.

L'origine traumatique de l'abcès n'a été révélée qu'après la mort. Des méningites, des méningo-encéphalites latentes occasionnant tardivement de l'épilepsie peuvent donner lieu aux mêmes difficultés de diagnostic.

Enfin l'épilepsie peut être d'origine alcoolique, et, s'il y a concomitance d'infection spécifique et d'alcoolisme, le dia-

©BIUM

gnostic différentiel est parfois difficile ; il se fait au moyen de données secondaires : les habitudes d'intempérance, la sclérose de l'aorte, l'hypertrophie du cœur, le pouls scléreux, certaines altérations d'organes militent en faveur de l'origine alcoolique de l'épilepsie.

Par contre la marche changeante des symptômes, la multiplicité des foyers, l'heureux effet d'une thérapie spéciale peuvent être invoqués en faveur de l'origine syphilitique.

L'auteur rapporte un cas où les difficultés du diagnostic étaient si grandes que, malgré la certitude de la syphilis cérébrale heureusement influencée par un traitement approprié, il n'osait se prononcer d'une manière formelle sur l'origine spécifique de l'épilepsie ; ni sur son origine alcoolique, malgré la constatation de l'intoxication éthylique. Il fait remarquer en effet que la tempérance forcée pendant le traitement à l'hôpital pouvait être une des causes de l'amélioration ; sans compter que l'alcoolisme jouant à l'égard de l'hystérie le rôle d'agent provocateur, il est possible que les convulsions aient été de nature hystérique, et cela d'autant plus qu'il existait des symptômes rappelant les troubles de la sensibilité de l'hystérie.

XXX. — *Traitement diététique de l'épilepsie* ; par le Dr Hubert Schnilzer (numéro de septembre). — Toulouse et Richet se contentent de donner avec 2 à 4 grammes de bromure de sodium une nourriture ordinaire mais très peu salée. Balint a institué un régime pour les 24 heures : 2 grammes seulement de sel de cuisine et 3 grammes de bromure de sodium incorporés dans la ration de 400 grammes de pain, ration à laquelle il joint un litre et demi de lait, 50 grammes de beurre et 3 œufs sans sel. Ses résultats ont été si encourageants que l'auteur a appliqué le traitement à 16 femmes épileptiques de son service. Les résultats obtenus, pour satisfaisants qu'ils sont, ne répondent pas aux succès signalés par Balint.

Ils se résument ainsi : chez deux malades les crises ont cessé pendant toute la durée du traitement, chez dix autres le nombre des crises a beaucoup diminué. Cette diminution a été moins sensible chez deux sujets, et l'effet a été nul chez deux malades. D'une manière générale, il y a eu décroissance dans l'intensité des crises.

L'auteur estime donc que ce traitement est plus efficace que tous ceux qui ont été employés contre l'épilepsie. Il est possible qu'il ne puisse pas être continué indéfiniment. Mais en raison des résultats qu'il donne, peut-être serait-il indiqué d'y sou-

mettre les épileptiques périodiquement pendant six à huit semaines.

L'état mental des malades n'a pas été influencé. Etant donné qu'il s'agissait surtout d'idiots, de faibles d'esprit, de chroniques, il n'y a pas lieu de s'en étonner.

XXXI. — *Du réflexe lombo-fémoral* ; par le Dr Bechterew (numéro de septembre). — Parmi les réflexes, ceux qui n'existent pas à l'état de santé, comme le réflexe de Babinski, ont une valeur incontestable pour le diagnostic. A ce sujet l'auteur cite le réflexe lombo-fémoral qu'on observe très-fréquemment dans les lésions de la moelle épinière dorsale.

On obtient dans ces cas, en percutant la région lombaire inférieure ou sacrée supérieure, après avoir mis le corps en état de demi-flexion, les genoux étant légèrement pliés, des contractions des muscles de la cuisse, spécialement des extenseurs, avec contraction simultanée des extenseurs de la colonne vertébrale.

La percussion répétée de la région produit un mouvement de balancement du corps. Si l'on fait asseoir le malade, on obtient par la même manœuvre des contractions des muscles de la cuisse. Dans quelques cas, l'auteur a obtenu des contractions des adducteurs de la cuisse, parfois avec contractions des muscles de la jambe, en percutant la moelle lombaire inférieure.

XXXII. — *Le réflexe sous-épineux, réflexe jusqu'ici inconnu de l'extrémité supérieure chez l'homme*; par le professeur Steiner (numéro de septembre). — Il existe dans la région sous-épineuse, à 2 ou 3 centimètres de l'angle que forme l'épine de l'omoplate avec le bord interne de cet os, une surface large comme nne pièce de cinq francs, dont la percussion donne lieu à une rotation en dehors du bras, quand celui-ci est pendant le long du corps dans sa position naturelle. C'est là un réflexe, d'abord parce qu'il est accompagné d'un léger mouvement d'extension, ce qui prouve que l'action du sous-épineux n'est pas seule mise en mouvement, mais que le triceps intervient, comme quand on veut produire la rotation du bras en dehors par une contraction volontaire ; ensuite parce que dans certains cas pathologiques avec exagération unilatérale des réflexes, le phénomène en question était également exagéré.

Ce réflexe présente plusieurs avantages parmi lesquels il faut signaler sa constance, la facilité avec laquelle il se laisse rechercher sans dévêtir le patient, et sa situation dorsale qui le soustrait aux influences psychiques. Par des injections de cocaïne,

©BIUM

l'auteur a démontré que le nerf sensible du muscle sous-épineux lui servait de voie centripète. Dans dix cas de tabès ancien observés par l'auteur, ce réflexe n'a pas fait défaut.

XXXIII. — *Du réflexe sus-orbitaire*; par le Dr M. Carthy (numéro de septembre). — Si Bechterew conteste la nature du phénomène décrit par l'auteur sous le nom de réflexe sus-orbitaire, s'il veut y voir un réflexe périostique, c'est par suite d'un malentendu. Bechterew envisage la contraction totale de l'orbiculaire de la paupière qui s'obtient en effet par différents moyens : mais l'auteur n'a en vue que les contractions fibrillaires de la paupière inférieure. Ces contractions fibrillaires ne s'obtiennent plus après section du nerf sus-orbitaire, après paralysie du facial, et ont disparu dans un cas de syphilis cérébrale avec gomme du trijumeau. Dans un cas où, après opération sur le nerf sus-orbitaire, existait une petite région anesthésique, le réflexe put être obtenu par excitation seulement en dehors de la zone d'anesthésie. Il peut être obtenu aussi par application de chaleur, de froid, et par piqûre. Dans un cas où le réflexe était très accusé, il pouvait être produit par des piqûres faites sur toute l'étendue du territoire du nerf sus-orbitaire.

Quant à l'opinion de Hudovernig, qui attribue ces tremblements fibrillaires à la transmission mécanique d'une excitation musculaire, elle n'est pas soutenable, puisque, après section de la racine sensitive du ganglion de Gasser, l'auteur n'a pu obtenir le réflexe du côté anesthésié, et cependant l'excitabilité mécanique des muscles était conservée.

Hudovernig, il est vrai, a été trompé par un cas où le réflexe persistait après ablation du ganglion de Gasser à la suite de tic douloureux ; mais l'argument ne porte pas, parce que, dit l'auteur, l'ablation du ganglion dans les opérations entreprises est le plus souvent incomplète.

XXXIV. — *La peur dans la neurasthénie et dans l'hystérie*; par le Dr A. Diehl (numéros de septembre et d'octobre). — On rencontre beaucoup de cas qui présentent à la fois des symptômes caractéristiques de l'hystérie et de la neurasthénie et auxquels conviendrait peut-être la dénomination d'hystéro-neurasthénie. S'ils sont examinés successivement par différents praticiens, ils sont classés tantôt dans l'hystérie, tantôt dans la neurasthénie. La lumière sur ces faits douteux augmentera à mesure que sera plus complète l'étude des symptômes, et que de chacun sera dégagé ce qu'il a de caractéristique.

La prolixité des hystériques et des neurasthéniques quand ils

exposent les symptômes de leur maladie est un fait bien connu. Or, l'auteur a remarqué qu'en ce qui concerne un symptôme fréquent de ces affections, les états de peur ou de frayeur, les hystériques, contrairement à leur habitude, sont généralement sobres de détails, et font, sur ce point spécial, contraste avec les neurasthéniques. Il cite deux observations personnelles qui mettent bien en évidence ce fait.

Ces deux observations relatives à un cas de neurasthénie et à un cas d'hystérie prouvent que le phénomène de la peur, qui est commun aux deux affections, se présente cependant sous un aspect différent. Tandis que le neurasthénique peut dire quel est l'objet de sa peur, quelle est l'idée dans laquelle elle prend son origine, il en est autrement chez l'hystérique. Dans l'hystérie en effet il se greffe sur cet état de peur un état de frayeur et d'angoisse non motivé qui ne laisse après soi que le souvenir d'un anéantissement douloureux.

Si d'autres observations venaient confirmer ce fait signalé par l'auteur, il pourrait être utilisé pour le diagnostic différentiel.

XXXV. — *Un cas de catatonie provoqué par la première apparition des menstrues*; par le Dr Mucha (numéro d'octobre). — Une jeune fille de quinze ans présente au lendemain de sa première menstruation des troubles affectant la forme de la catatonie : d'abord excitation motrice violente avec délire terrifiant, ensuite stupeur avec attitudes et mouvements stéréotypés, refus d'aliments, contracture des muscles du corps, le tout entrecoupé de nombreux accès de convulsions catatoniques, et verbigération. La malade est sortie du service avant guérison, et l'auteur signale le cas en raison de ses rapports avec la première menstruation chez une jeune fille jusque-là bien constituée au point de vue psychique, alors que les accès de folie menstruelle s'observent surtout chez les personnes avec tare héréditaire et constitution névropathique.

XXXVI. — *Le pronostic des paralysies des membres supérieurs varie selon qu'elles sont dues à une lésion du plexus ou d'un tronc nerveux*; par le Dr Bruns (numéro de novembre). — Le pronostic est bien plus favorable quand le tronc nerveux périphérique est en cause. Sur 47 cas de ce genre la statistique de l'auteur accuse 31 guérisons, soit 66 p. 100. Par contre, sur une statistique portant sur 23 cas de paralysie du plexus brachial, il ne mentionne que 6 guérisons, soit 26 p. 100. Quelle est la cause de cette différence? L'auteur, après avoir étudié toutes les influences qui peuvent aggraver le pronostic des pa-

©BIUM

ralysies du plexus, se range à l'avis de Duval, de Guillain, de Cestan et de Philippe, qui ont montré que l'action destructive du traumatisme ne reste pas limitée au plexus, mais peut s'étendre par les racines jusqu'à la moelle; et il estime que cela doit se produire plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

Au point de vue du pronostic, les paralysies par lésion du plexus occupent par conséquent une place intermédiaire entre celles produites par lésion des nerfs périphériques, et celles qui sont dues à une lésion médullaire.

Le pronostic des premières étant très favorable, celui des dernières, au contraire, très grave.

XXXVII. — *Psychologie de l'apraxie motrice*; par le professeur Pick (numéro de novembre). — L'étude de Lieppmann sur l'asymbolie motrice nous a initiés au mécanisme de l'apraxie. L'auteur rapporte l'observation d'un apraxique en état de rendre compte des processus psychiques de cette affection.

C'est un homme de soixante-deux ans, très intelligent, qui, à la suite d'une cure pour affection hépatique et de chagrins domestiques présente des crises caractérisées par de la dysphasie, de l'alexie, de l'agraphie sans aucun symptôme de paralysie. Le premier accès fut suivi périodiquement d'autres, à quelques semaines d'intervalle; parfois la crise consistait en sensations de brouillard ou de cercles de feu, sans troubles du langage, et une fois en une sensation d'angoisse. Il était déjà bien affecté par ces troubles morbides, quand un jour d'autres phénomènes lui faisant redouter une affection mentale se produisirent. En train de faire sa toilette, il se disposait à aller aux water-closets, quand, au lieu de prendre sa casquette, il prit son vase de nuit et le porta jusqu'au cabinet d'aisance, où il le déposa. Il avait peut-être bien, dit-il, en ce moment un léger trouble de la conscience, mais il savait ce qu'il faisait; la preuve en est qu'il s'est demandé ce que dirait le personnel s'il le rencontrait avec un pot de chambre à la main. Il lui semble donc qu'il a agi sous l'influence d'une force irrésistible, qui, le privant de toute faculté de contrôle, transformait directement en acte l'idée surgie. Une autre fois, voulant se verser un verre d'eau d'une carafe placée près de lui, il puisa avec son verre de l'eau sale d'une cuvette placée à côté de la carafe. Ici encore il avait conscience de l'acte accompli, puisqu'il disait à une personne se trouvant dans la même pièce : « Voyez donc ce que je viens de faire. » L'absurdité de son acte lui apparaissait clairement,

mais il ne pouvait s'empêcher de l'exécuter à la place de l'acte projeté.

Or, l'intelligence de cet homme était intacte, et en dehors de signes accusés de sénilité l'on ne constatait rien de suspect au point de vue somatique.

L'auteur estime donc que les premiers accès, aussi bien que les derniers, doivent être attribués à la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux et à l'atrophie sénile.

Les derniers accès constituent des faits d'apraxie motrice, car à aucun moment il n'y eut des signes d'apraxie sensorielle, ni d'agnoscie des objets avec lesquels le malade exécutait ces actes.

Une éclipse passagère et au moins partielle de la faculté d'attention semble être ici, comme dans le cas de Lieppmann, une des conditions du phénomène, en empêchant la correction de l'activité apraxique.

L'apraxie peut donc se produire sous forme d'accès sans qu'il y ait des lésions en foyer, et cela permet d'attribuer à l'apraxie motrice certains actes commis à l'état crépusculaire, à l'état de rêve et aussi dans certaines psychoses.

XXXVIII. — *Réaction paradoxale de la pupille et cas de rétrécissement pupillaire sous l'influence de l'obscurité*; par le Dr Piltz (numéros d'octobre et de novembre). — Une étude très détaillée et très documentée de cette question amène l'auteur aux conclusions suivantes :

Il existe diverses formes de réaction paradoxale de la pupille, ce sont :

1° La réaction paradoxale d'accommodation dans laquelle la pupille se rétrécit quand on fixe un objet éloigné, et se dilate quand on fixe un objet rapproché, les conditions d'éclairage restant les mêmes. Ce phénomène a été observé par Vysin et décrit par lui sous le nom de réaction pupillaire pervertie.

2° La réaction à la lumière paradoxale en apparence. Ici, à la suite d'une lésion de l'iris, la contraction des sphincters, sous l'influence de la lumière, produit une dilatation de la pupille (coloboma) et en impose pour une dilatation paradoxale de la pupille. Le fait a été cité par Burchard.

3° La réaction à la lumière, paradoxale et réelle. Ici la pupille se dilate sous l'influence de la lumière et se contracte dans l'obscurité. Trois cas sont à considérer ici : *a*) dilatation de la pupille à la lumière sans rétrécissement préalable (cas de Morselli, Leitz, Silex) ;

©BIUM

b) Dilatation à la lumière avec rétrécissement préalable immédiat (cas de Bechterew), et, *c*) rétrécissement de la pupille dans l'obscurité sans dilatation préalable (cas de Piltz).

1° On n'a observé la réaction paradoxale d'accommodation que dans les maladies fonctionnelles du système nerveux central.

2° La réaction à la lumière, paradoxale en apparence, n'a été observée que dans un cas d'iridectomie.

3° La réaction paradoxale vraie à la lumière est un phénomène très rare. Elle peut apparaître dans les réactions de convergence, de divergence et d'accommodation des pupilles, dans l'hippus des pupilles, dans la réaction sympathique et dans la réaction orbiculaire des pupilles.

4° Après élimination de toutes les causes d'erreur aujourd'hui connues, il ne reste que cinq observations incontestables de réaction paradoxale à la lumière, ce sont : le cas de Morselli chez un dément paralytique, le cas de Bechterew dans une syphilis cérébrale, le cas de Leitz avec méningite tuberculeuse, le cas de Silex à la suite d'un traumatisme, et celui de l'auteur avec atrophie spécifique des nerfs optiques.

5° La réaction paradoxale vraie des pupilles contre la lumière est un symptôme excessivement rare, qui jusqu'à présent n'a été observé, presque sans exception, que dans les affections graves du système nerveux.

XXXIX. — *La régénération autogénétique des fibres nerveuses existe-t-elle? Contribution à l'étude des neurones* ; par le Dr Münzer (numéro de décembre). — Verworn et Nissl ont émis sur les rapports des nerfs avec les cellules nerveuses des opinions contraires. Tandis que le premier regarde la cellule ganglionnaire avec ses prolongements comme une unité cellulaire, Nissl, attaquant la théorie des neurones, plaide l'autonomie et l'indépendance de la substance fibrillaire vis-à-vis des cellules nerveuses, et va jusqu'à dire qu'il est temps de rompre avec une théorie qui a été la source de regrettables et nombreuses erreurs. Ce jugement est d'une sévérité injuste, car il est évident qu'au sens didactique la théorie des neurones a contribué beaucoup à nous expliquer la structure et le fonctionnement du système nerveux. Si, néanmoins, elle ne répondait pas à une réalité anatomique la guerre que lui déclare Nissl serait justifiée.

Bethe s'est fait l'allié de Nissl contre la théorie des neurones et s'est appliqué à compléter les arguments invoqués contre elle

par celui-ci. Ses efforts pour prouver l'origine multicellulaire des cylindres-axes appellent de nouvelles études; il a d'autre part fait des recherches expérimentales sur la faculté de régénération des nerfs, qui l'ont amené à admettre que le tronçon périphérique d'un nerf sectionné se régénère par lui-même sans adhérences avec la partie centrale. Poussant plus loin ses recherches, il sectionna une seconde fois le nerf ainsi régénéré et, à la suite de cette opération, observa que la partie périphérique seule subissait la dégénérescence, la partie centrale restant intacte. Il en conclut que ce n'est pas la séparation d'avec un centre trophique, placé dans les cellules ganglionnaires, qui amène l'atrophie d'un tronçon périphérique, ni la réunion avec ce centre qui préserve le tronçon central, mais qu'il s'agit là de différences inexplicables dans la manière de réagir du segment distal et proximal. Il est regrettable que Bethe de même que Nissl n'aient pas étudié les rapports des cellules avec les fibres nerveuses en opérant sur les ganglions spinaux. On sait depuis longtemps que la destruction de ces ganglions amène la dégénérescence aussi bien du prolongement central que du prolongement périphérique, et que la section de la racine postérieure entre le ganglion et la moelle n'amène que la dégénérescence du tronçon central ou proximal, tandis que la section entre le ganglion et la périphérie ne fait dégénérer que le prolongement périphérique ou distal. Mais pour critiquer les expériences de Bethe il est indispensable d'opérer dans les mêmes conditions que lui. Dans ce but l'auteur excisa des lambeaux de 1 à 2 centimètres de long du nerf sciatique du lapin, et sacrifia ces animaux après un temps convenable (32 à 157 jours); dans aucun cas il ne constata une réunion des deux segments; le tronçon périphérique était toujours très atrophié; son extrémité fut dans tous les cas adhérente aux muscles voisins, de telle sorte que pour le soumettre à l'examen microscopique, on dut exciser toute la cicatrice, y compris une partie du muscle adhérent. Au niveau de la section la partie périphérique présentait, comme d'ailleurs la partie centrale aussi, une espèce de nodosité dans laquelle l'analyse microscopique révéla l'existence de petites fibres nerveuses qui allaient s'irradiant dans le tronçon central, auquel elles formaient une gaine sur une certaine étendue. On doit donc admettre avec Bethe que le tronçon périphérique d'un nerf sectionné et non réuni au tronçon central présente, quelque temps après la section, des fibres nerveuses nouvellement formées; mais il n'est pas prouvé, comme

©BIUM

l'affirme Bethe, que ces fibres se soient régénérées elles-mêmes, car la séparation du tronçon périphérique d'avec les centres n'était qu'apparente.

L'erreur de Bethe fut déjà commise en 1857 par Philipeau et Vulpian, qui ont parlé de la « régénération autogénique ». Quinze ans plus tard Vulpian reconnut d'ailleurs le mal fondé de sa thèse. Il n'y a donc pas, d'après l'auteur, de régénération autogénétique des fibres nerveuses, et la conception du neurone comme unité trophique est pleinement justifiée.

XL. — *Remarques sur les cures hivernales dans les hautes montagnes*; par le Dr Benno Laquer (numéro de décembre). — L'ascension doit se faire en plusieurs étapes, elle doit être progressive, pour éviter les inconvénients et les dangers d'un changement trop brusque d'altitude. L'acclimatation pour les hauts sommets exige parfois une ou deux semaines.

La cure doit comprendre la saison entière; des cures de six semaines dans les neiges et la glace seraient sans effet. Les indications sont : les maladies fonctionnelles, la neurasthénie et l'hystérie dans leurs formes de début chez les sujets jeunes ; la prédisposition névropathique, l'intempérance, la maladie de Basedow, à l'exception des formes graves; les formes frustes de psychopathies, la chlorose et l'anémie.

L'âge avancé avec faiblesse générale, les affections vasculaires et cardiaques, les néphrites, l'épilepsie et les affections organiques graves du système nerveux constituent des contre-indications.

XLI. — *Le réflexe sous-épineux*; par les Drs Pickett et Steiner (numéro de décembre). — L'auteur, en réponse à l'article paru au mois d'août sous la signature du Dr Steiner, réclame la paternité de ce réflexe, qu'il a décrit, dit-il, en mai 1901, dans le « Journal of nervous and mental Diseases », après l'avoir étudié dans cent vingt-deux cas.

Le Dr Steiner réplique que c'est une erreur de Pickett de croire qu'il a décrit le réflexe sous-épineux. D'après lui, le docteur de Philadelphie aurait bien observé le mouvement qui constitue ce réflexe, mais se serait borné à le signaler comme une conséquence directe de la contraction du muscle sous-épineux, sans parler de la nature réflexe du mouvement.

Le caractère réflexe du phénomène a été établi par l'auteur, et démontré au moyen des injections de cocaïne.

Dr A. Adam.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Sulle modificazioni della circulazione cerebrale in seguito alla somministrazione di alcune essenze (Des modifications de la circulation cérébrale consécutives à l'administration de quelques essences); par le Dr A. d'Ormea. Ferrara, 1902.

Poursuivant les recherches faites antérieurement par lui-même et par d'autres auteurs, en particulier par Cavazzani, sur les modifications de la circulation cérébrale, résultant de l'action chimique de certaines essences, et partant de cette idée que les résultats opposés ou contradictoires obtenus pourraient reconnaître pour cause l'action convulsivante des agents employés, le Dr d'Ormea a expérimenté sur le chien, avec une méthode rigoureuse, quelques substances d'un pouvoir épileptogène très faible, et à doses minimes : huiles essentielles d'anis, de cèdre, de mélisse, de cannelle et camphre.

Les observations manométriques, enregistrées au cours de ses expériences, et portant sur la pression circulatoire de l'appareil de Willis, sur la pression sub-arachnoïdienne et sur la pression circulatoire générale, ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Chez le chien, l'injection endoveineuse d'essences, à dose non convulsivante, produit un *abaissement* plus ou moins rapide et durable de la pression de la circulation de Willis, accompagné toujours d'une *augmentation* de la pression sous-arachnoïdienne. En même temps, et le plus souvent, la pression de la circulation générale subit un *abaissement* qui peut manquer parfois, et qui, ni par la durée, ni par l'intensité, ne se trouve en rapport avec la diminution de la pression dans la circulation de Willis.

Ces faits qui, sous une forme atténuée, concordent avec les phénomènes produits par l'action de l'absinthe et par l'irritation mécanique de quelques zones de la moelle allongée, présentent la gradation suivante : l'anis et le cèdre produisent les phénomènes les plus légers; la mélisse et la cannelle des phénomènes plus accentués, accompagnés parfois de quelques secousses convulsives; enfin, le camphre produit généralement un accès

©BIUM

convulsif, dont la forme et l'intensité se rapprochent de celles qui sont déterminées par l'essence d'absinthe.

L'abaissement de la pression dans la circulation de Willis, malgré l'augmentation *constante* de la masse cérébrale, accusée par l'augmentation de la pression sous-arachnoïdienne, apparaît bien comme un phénomène de dilatation locale des vaisseaux cérébraux, indépendant de la diminution de la pression circulatoire générale, et dû à un stimulus chimique agissant sur les centres vaso-dilatateurs par le véhicule des vaisseaux du cerveau et de la moelle.

R. CHARON.

The electrical actions of the organe of the human body (Les actions électriques des organes du corps humain); par Albert J. Atkins, M. D., professeur de physiologie au Collège médical de San Francisco.

Ce court mémoire, lu le 19 avril 1905 devant la Société de médecine légale de San Francisco, peut se résumer dans les paroles suivantes de l'auteur : « Nos séries d'expériences prouvent que l'organisme humain est une vaste batterie électro-chimique qui se comporte selon les lois connues de l'électricité. Cette grande batterie humaine contient de nombreux circuits, grands et petits, de nombreux conducteurs nerveux, de nombreux pôles; en fait, le principe vital lui-même est partout électrique dans son action. Les nerfs sont les fils de la batterie, et le sang en compose le liquide excitateur. »

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Un cas d'état de mal épileptique avec conservation de la conscience; par les Drs L. Marchand et M. Olivier. 4 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*, août 1906.

— Molestias mentaes e nervosas. Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905; par le Dr Henrique de Brito Belford Roxo, professeur de clinique psychiatrique et de maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. 1 vol. in-8° de 323 pages, Rio-de-Janeiro, 1906.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1907

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 24 décembre 1906, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1907.

Ont été élus :

Président : M. DENY ;
Vice-président : M. SEGLAS ;
Secrétaire général : M. RITTI ;
Secrétaires annuels : MM. DUPAIN et VIGOUROUX ;
Trésorier : M. ANTHEAUME.
Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

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

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

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

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

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

TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 15 *novembre* 1875.

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 *mars* 1899.

©BIUM

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

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

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

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

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

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

BROUSSE (Paul), médecin, député, 2, rue des Fossés-Saint-Marcel. — 26 *novembre* 1906.

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, rue Dupuytren. — 30 *janvier* 1860.

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

CHRISTIAN (Jules), médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 4, boulevard Diderot. — 26 *juin* 1865.

COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 *février* 1892.

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

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

DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *juin* 1888.

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

FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 22, avenue Bugeaud. — 25 *juin* 1883.

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

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

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

KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 *novembre* 1897.

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

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

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

©BIUM

LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 *janvier* 1893.

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

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

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

NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, 82, rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 *juillet* 1898.

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

PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 *avril* 1905.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Soufflot. — 12 *mars* 1883.

VIGOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 *mars* 1893.

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

©BIUM

MEMBRES CORRESPONDANTS

ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 *juillet* 1899.

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

BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 51, rue Miromesnil, Paris. — 27 *novembre* 1899.

BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 *juin* 1905.

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

BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 *janvier* 1889.

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

BONNET, médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 25 *janvier* 1892.

BOUBILA, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 25 *avril* 1892.

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

BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 *juin* 1897.

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

BUVAT, médecin, 23, rue de la Glacière, Paris. — 27 *mars* 1905.

CAPGRAS, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 29 *janvier* 1906.

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

CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 *novembre* 1905.

CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 *juin* 1898.

CHENAIS, médecin résidant à l'établissement hydrothérapique, 13, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 *mars* 1903.

COLOLIAN, médecin, 37 *bis*, rue de Ponthieu, Paris. — 27 *octobre* 1902.

COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 *janvier* 1902.

COMAR, médecin-directeur de la maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 28 *juillet* 1902.

COULON, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 30 *janvier* 1899.

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

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

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

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

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

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

DEVAUX, médecin, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris. — 24 *juillet* 1905.

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

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

DOUTREBENTE (Gabriel), médecin honoraire des asiles d'aliénés, 63, boulevard Heurteloup, Tours (Indre-et-Loire). — 27 *mars* 1870.

DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 29 *octobre* 1906.

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

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

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

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

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

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

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

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

GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). — 25 *juillet* 1904.

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

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

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

©BIUM

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

HAMEL, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 28 *janvier* 1895.

HANNION, médecin, Nogent-sur-Vernisson (Loiret). — 29 *octobre* 1894.

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

JUQUELIER, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 29 *mai* 1905.

LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 *mai* 1885.

LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 *décembre* 1894.

LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 *juillet* 1888.

LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 18 *décembre* 1905.

LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 *bis*, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *février* 1876.

LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 *décembre* 1901.

LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *novembre* 1898.

LARROQUE (Benjamin), médecin, 1057, Avenida de Mayo, Buenos-Ayres (République-Argentine). — 26 *juillet* 1886.

LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 *juillet* 1893.

LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.

LE FILLIATRE, médecin, 5, avenue des Écoles, Villejuif (Seine). — 30 *décembre* 1895.

LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.

LEROY (Raoul), médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Seine (Seine-et-Oise). — 28 *mars* 1898.

LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 *novembre* 1889.

MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 *juin* 1879.

MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 *février* 1885.

MARCHAND, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 25 *mars* 1901.

MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *janvier* 1893.

MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 *mai* 1874.

MAUPATÉ, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — 28 *mai* 1894.

MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 *juillet* 1891.

MIGNOT (Roger), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 *juin* 1905.

NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 *février* 1892.

NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 *janvier* 1858.

NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 *février* 1898.

PAGE, directeur-médecin de l'établissement hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 *mars* 1906.

PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 *janvier* 1897.

PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 *décembre* 1875.

PARANT (Victor), fils, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 *avril* 1905.

PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 *novembre* 1872.

PERPÈRE, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, 9, rue Faustin-Hélie, Paris. — 24 *décembre* 1906.

PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 *mars* 1902.

PHULPIN, médecin, 111, rue de Rennes, Paris. — 29 *mai* 1905.

PICHENOT, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, par Montfavet (Vaucluse). — 18 *décembre* 1905.

PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 *avril* 1878.

PIÉRON (H.), préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, 50, rue d'Assas, Paris. — 27 *avril* 1903.

PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 *mars* 1883.

PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 *novembre* 1896.

PRON, médecin, 3, rue Michelet (Alger). — 28 *décembre* 1903.

©BIUM

RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 24 *décembre* 1888.

RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 *mai* 1900.

RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 *juin* 1881.

REVERTÉGAT, médecin, 43, boulevard Haussmann, Paris. — 29 *janvier* 1906.

REY (Ph.), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés. — 25 *février* 1884.

REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 *mars* 1881.

RIEDER, médecin, 26 *bis*, avenue Raphaël, Paris. — 27 *novembre* 1905.

RIST (Adrien), 29, rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise. — — 25 *juillet* 1881.

ROUBY, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 *décembre* 1892.

ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.

SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 *mars* 1868.

SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 *février* 1905.

TATY (Th.), chef du laboratoire de la Clinique des maladies mentales, 24, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône). — 26 *février* 1901.

TERRIEN, médecin, les Essarts (Vendée). — 24 *décembre* 1898.

THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1897.

THIVET, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 31 *mars* 1890.

TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 *novembre* 1895.

TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 *janvier* 1897.

TRENEL, médecin en chef de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 29 *juillet* 1895.

TRUELLE, médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 25 *novembre* 1901.

VERNET (Georges), médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier). — 28 *novembre* 1904.

VURPAS (Cl.), chef de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 27 *juillet* 1903.

WAHL (Maurice), médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 22 *juillet* 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

BRESLER, médecin en chef de l'asile de Lublinitz en Silésie. — 29 *janvier* 1900.

BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblence. — 28 *octobre* 1878.

FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 *novembre* 1904.

LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 *novembre* 1889.

MÖBIUS, médecin, Leipzig (Saxe). — 26 *février* 1901.

MESCHEDE, ancien professeur de la clinique psychiatrique, Kœnigsberg (Prusse). — 20 *juin* 1903.

NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 *novembre* 1893.

NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 *mars* 1892.

PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.

SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 *mai* 1888.

TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.

ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin. — 22 *février* 1897.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.

BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morningside, Edimbourg. — 31 *octobre* 1881.

CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 *novembre* 1894.

FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 *novembre* 1894.

GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 *octobre* 1881.

GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 *juin* 1902.

GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 *janvier* 1880.

©BIUM

MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 *novembre* 1867.

MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 *décembre* 1864.

NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeboroug road Guildford. — 31 *octobre* 1881.

PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 *juin* 1895.

ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 *octobre* 1881.

ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 *décembre* 1864.

RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 *octobre* 1881.

SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 *octobre* 1881.

SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 *février* 1901.

URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

DONATH (Julius), privat-docent à l'Université de Budapest. — 24 *décembre* 1906.

HASKOVEC (Ladislas), privat-docent de neuro-pathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 *mars* 1905.

OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.

OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 *mai* 1901.

PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.

PILCZ, médecin-adjoint de la 1re clinique psychiatrique de Vienne. — 27 *juin* 1898.

SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

STRANSKY (Erwin), assistant de la 1re clinique psychiatrique de Vienne. — 29 *février* 1904.

BELGIQUE.

BOULENGER, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Fort-Jaco, 6, rue de l'Esplanade, Bruxelles. — 13 *juillet* 1906.

CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 *juin* 1884.

DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 *octobre* 1885.

DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 *février* 1900.

FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liége. — 31 *décembre* 1894.

LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 *novembre* 1874.

MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 *décembre* 1875.

MASOIN (Paul), médecin à la colonie de Gheel. — 26 *février* 1901.

MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 *février* 1904.

MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 26 *octobre* 1874.

PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 *octobre* 1883.

SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 *octobre* 1899.

VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 *février* 1900.

BRÉSIL.

AFRANIO PEIXOTO, médecin en chef de l'asile de Rio-de-Janeiro. — 29 *février* 1904.

COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 *juin* 1889.

ROCHA (Franco da), directeur-médecin en chef de l'asile de Juquery (Etat de Saint-Paul). — 24 *décembre* 1906.

SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 *novembre* 1889.

TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 *novembre* 1883.

CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 *novembre* 1889.

©BIUM

CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 *mars* 1899.

VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 *novembre* 1900.

CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 *mars* 1897.

ÉGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 *novembre* 1889.

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 *juillet* 1878.

ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 *octobre* 1899.

BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asyleum », Towson, Maryland. — 30 *juin* 1902.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 *novembre* 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 *novembre* 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 *mars* 1895.

ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 *novembre* 1878.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 *mai* 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 *novembre* 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 *décembre* 1895.

ROBINOVITCH (M^lle^ Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 *octobre* 1899.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 *octobre* 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68^A^, rue de l'Académie, Athènes. — 30 *octobre* 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 *mai* 1900.

©BIUM

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, la Haye. — 27 *octobre* 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 *octobre* 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 *novembre* 1889.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 *octobre* 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 *février* 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 *novembre* 1886.

ITALIE.

ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Mouza, près Milan. — 26 *novembre* 1906.

ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicome provincial d'Udine. 27 *juin* 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 *avril* 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.

CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicome de Pesaro. — 28 *mai* 1906.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicome d'Aversa. — 30 *mars* 1896.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicome interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 *avril* 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 *juillet* 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicome de Salerne. — 27 *juillet* 1903.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 *novembre* 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicome de Sienne. — 29 *avril* 1878.

GIACCHI, médecin-directeur du manicome provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.

LAMBRANZI (Ruggieri), médecin en chef du manicome de Vérone. — 13 *juillet* 1906.

LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.

MARRO (Ant.), médecin du manicome royal de Turin. — 30 *décembre* 1901.

MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Uni-

©BIUM

versité de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 *janvier* 1889.

MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 *juillet* 1902.

MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 *décembre* 1895.

MONGERI (Luigi), médecin-directeur de la « Casa di Salute Dufour », S. Vittore, 16, Milan. 30 *juillet* 1900.

MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.

PERLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 *mars* 1882.

SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 *mars* 1897.

SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomes civil et judiciaire d'Aversa. — 19 *décembre* 1904.

SEPPILLI, médecin-directeur du manicome de Brescia. — 27 *mars* 1882.

STACCHINI, vice-directeur du manicome de Florence. — 30 *juillet* 1877.

TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicome provincial de Ferrare. — 28 *avril* 1902.

TAMBURINI, directeur du manicome de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 *juin* 1878.

TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 *mars* 1866.

VIRGILIO, médecin-directeur du manicome d'Aversa. — 28 *novembre* 1881.

PORTUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 *juillet* 1887.

BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 *octobre* 1894.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 *février* 1890.

SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 *mars* 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 *février* 1889.

INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. — 25 *juillet* 1904.

ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 *novembre* 1887.

SOUTZO (fils), médecin-assistant de l'hospice de Marcoutza, Bucarest. — 26 *novembre* 1906.

VASCHIDE, chef des travaux à l'École des Hautes-Études, Paris. — 25 *juin* 1900.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 *juin* 1884.

BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 *novembre* 1896.

BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 *novembre* 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 *décembre* 1898.

GORSKY (M^me^ DE), Jounovskaja 38, Saint-Pétersbourg. — 29 *octobre* 1888.

GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkow. — 26 *novembre* 1900.

HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 *avril* 1863.

JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile de Orel. — 26 *décembre* 1881.

KOWALEWSKI, professeur, Saint-Pétersbourg. — 31 *mai* 1886.

MIERZEJEWSKI, académicien, Saint-Pétersbourg. — 28 *octobre* 1878.

ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.

POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 *octobre* 1888.

ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.

SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 *avril* 1902.

SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile de Oufa. — 28 *février* 1898.

SOUKHANOFF, privat docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 *juillet* 1896.

SKWORTZOFF (M^lle^ Nadine). — 25 *juillet* 1881.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 *décembre* 1883.

©BIUM

Suède et Norvège.

Bechholm, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 *décembre* 1896.

Lindboe, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 *décembre* 1874.

Platou, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 *décembre* 1884.

Suisse.

Chatelain (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.

Dunant (Pierre), ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 *mars* 1863.

Godet (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 *février* 1899.

Ladame (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 *juillet* 1884.

Martin (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université de Genève, médecin-directeur de la Métairie, près Nyon. — 26 *février* 1895.

Pachoud, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 *mars* 1892.

Rabow, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 *février* 1899.

Serrigny, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 *décembre* 1898.

Turquie.

Castro (de), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 *janvier* 1893.

Récapitulation.

Membres	honoraires	6
—	titulaires	45
—	correspondants	112
—	associés étrangers . . .	153
	Total	316

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'octobre 1906 : M. le Dr DEZWARTE, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Naugeat, en remplacement de M. le Dr BROQUÈRE, mis en disponibilité ;

M. le Dr Cossa, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, est promu au grade de médecin en chef, et maintenu dans les fonctions de médecin inspecteur de service des aliénés des Alpes-Maritimes ;

M. le Dr AMELINE, médecin-adjoint à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.).

— Une lettre de félicitations pour acte de courage et de dévouement a été adressée à M. FORTIAS, employé à l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse).

— *Arrêtés de novembre* 1906 : M. le Dr SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, près Rennes, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 francs) ;

M. le Dr CORNU, médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est promu à la première classe de son grade (3.500 francs).

DÉCRET ADMETTANT A PRENDRE PART, A TITRE EXCEPTIONNEL, AU CONCOURS D'ADJUVAT POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Le président de la République française.

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, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906 ;

Vu le décret du 1er août 1906 ;

Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Décrète :

Art. 1er. — A titre exceptionnel, les candidats au concours d'adjuvat pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, qui aura lieu dans le courant du premier trimestre de 1907, seront admis à y prendre part s'ils remplissent la condition d'une année de stage prévue par les arrêtés ministériels antérieurs au décret du 1er août 1906.

©BIUM

Art. 2. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 26 octobre 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :
Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
G. CLEMENCEAU.

DU SERVICE DES ALIÉNÉS. — CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

Paris, le 10 novembre 1906.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
à Messieurs les préfets.

La présente circulaire a pour but de vous demander certains renseignements et de vous donner diverses instructions relatives au service des aliénés.

I. — *Résultats de la circulaire du* 18 *juin* 1906. — Je tiens à connaître, dans le plus bref délai, les premiers résultats produits par ma circulaire du 18 juin 1906.

Veuillez à ce sujet :

1° M'exposer sommairement les travaux de la Commission spéciale que ma circulaire vous prescrivait de constituer : à quelles dates elle s'est réunie, combien de fois elle s'est rendue à l'asile de son ressort, à quels modes d'investigations elle a eu recours, quelles constatations elle a faites et aussi, s'il y a lieu, quelles recherches elle compte encore poursuivre ;

2° Relever et m'indiquer, pour chaque asile public ou privé, situé dans votre département, le nombre exact des personnes sorties (à la suite de guérison, ou en raison d'améliorations survenues dans leur état, ou à titre d'essai), depuis le 1er novembre 1905 jusqu'au 1er novembre 1906, avec, pour chacune de ces sorties, la date à laquelle elle s'est effectuée et une double mention me faisant connaître, d'une part, s'il s'agit d'une personne soumise ou non au régime commun ; d'autre part, si ladite personne avait été l'objet d'un internement d'office ou d'un placement volontaire.

II. — *Rapport semestriel.* — Les aliénés sont des malades : un grand nombre peuvent guérir, s'ils sont l'objet de soins médicaux convenables ; les autres, incurables, ont droit à une assistance compatissante et éclairée. A ce double point de vue, plus d'un asile, surtout parmi les asiles privés et quartiers d'hospices faisant fonctions d'asiles publics, laisse encore beaucoup à désirer. Sans préjuger des réformes futures, qu'il ap-

©BIUM

partient au Parlement de réaliser, nous avons le devoir de faire tous nos efforts pour améliorer, avec les moyens en notre pouvoir, la situation actuelle.

Or, les éléments d'information dont je dispose sont insuffisants; ils ne me permettent pas de suivre et de contrôler en quelque sorte au jour le jour l'évolution de ces services; ce n'est que de temps à autre, à intervalles trop éloignés, que je suis en mesure de les soumettre à des enquêtes administratives.

C'est donc à vous, Monsieur le Préfet, qu'il appartient d'instituer sur chaque asile public ou privé, et quartier d'hospice de votre ressort, une enquête permanente; et je tiens, essentiellement, à être mis au courant des constatations qui, lors de visites fréquentes et inopinées, auront été faites ou par vous-même ou par vos représentants.

En conséquence, je vous invite à m'adresser désormais deux fois l'an, savoir : du 15 octobre au 1er novembre, puis du 15 avril au 1er mai, un rapport sommaire mais précis sur chaque asile de votre département. Vous me marquerez dans ce rapport :

1° Le mouvement de la population de l'asile dans le dernier semestre, savoir : le nombre des entrées, décès, transferts, évasions; les sorties avec leurs causes diverses; le tout en distinguant toujours les placements volontaires et d'office;

2° Les améliorations apportées au fonctionnement de l'asile, notamment au point de vue : — des conditions dans lesquelles s'effectue l'observation des nouveaux arrivants, — de l'organisation du service médical, — du classement des aliénés dans les divers quartiers, — des conditions hygiéniques (isolement des malades contagieux, chauffage des quartiers et cellules, désencombrement des dortoirs, régime alimentaire, bains, lavabos, water-closets), — de la diminution des moyens de contrainte, — des conditions de recrutement et de salaire du personnel infirmier, — de la préparation des moyens de défense en cas d'incendie (sur ce dernier point, des enquêtes récentes ont établi la nécessité de charger d'une inspection régulière et spéciale un délégué du corps des pompiers de la ville la plus rapprochée; vous y veillerez).

A cet exposé des améliorations réalisées vous ajouterez l'indication de celles qui vous paraissent le plus urgentes et dont vous comptez signaler la nécessité au Conseil général.

3° Les visites faites à l'asile par les diverses personnes à qui la loi impose ce devoir, et par celles que vous aurez déléguées à cet effet, avec le relevé des observations apposées par ces visiteurs sur le registre de la loi;

4° A ce rapport vous joindrez, sur feuilles spéciales, votre appréciation motivée sur chacun des directeurs, directeurs-méde-

©BIUM

cins, médecins en chef et adjoints. En ce qui concerne les médecins, chaque intéressé vous remettra, en outre, à cette occasion, et vous me transmettrez la liste de ses travaux scientifiques personnels.

Rapprochées de celles que me fournit l'inspection générale des services administratifs, ces notes me permettront de prendre une idée plus exacte de la façon dont chacun de ces praticiens est en mesure de s'acquitter et s'acquitte, en effet, de la tâche si délicate qui lui incombe.

Vous ne laisserez pas en dehors de ces appréciations les médecins et directeurs des asiles privés, faisant ou non fonctions d'asiles publics, car vous n'oubliez pas que la loi de 1838 et l'ordonnance de 1839 me donnent pouvoir de révoquer les médecins de ces asiles et à l'égard des directeurs, d'ouvrir devant le Conseil d'Etat une instance en retrait d'autorisation; la récente révocation d'un médecin en chef d'asile privé atteste ma volonté de ne pas laisser tomber en désuétude ces dispositions tutélaires de la loi.

J'ajoute, à ce sujet, que chaque fois qu'il y aura lieu pour vous d'agréer un médecin d'asile privé, conformément à l'article 19 de l'ordonnance de 1839, vous devrez me faire connaître, au préalable, les praticiens présentés à votre agrément et, dès à présent, vous pouvez tenir pour acquis que je n'autoriserai les directeurs à exercer leur choix que sur des médecins ayant subi avec succès les épreuves du concours d'adjuvat. Je vous invite à ne me faire aucune proposition contraire à cette règle : il est indispensable de s'y conformer strictement, si l'on veut transformer certains asiles qui ne sont aujourd'hui que de simples garderies d'aliénés, et en faire ce qu'ils doivent être : « des établissements médicaux et hospitaliers ».

Toutes les prescriptions de cette circulaire s'appliquent, bien entendu, aux quartiers d'hospice : en ce qui concerne ces derniers, dont trop souvent l'administration se désintéresse, la responsabilité du Préfet est, ne l'oubliez pas, directement engagée, puisque la Commission administrative se compose, en majorité, de membres nommés par vous. Certains de ces quartiers ont pris un développement considérable et sont plus étendus que des asiles proprement dits : le recrutement d'un personnel médical aliéniste spécialement compétent est une première garantie dont il faut que vous fassiez comprendre aux commissions administratives la nécessité. Vous me tiendrez en toute circonstance aussi soigneusement au courant du personnel médical de ces quartiers d'hospice que des asiles proprement dits.

III. — *Désencombrement des asiles.* — La plupart des asiles de province sont scandaleusement encombrés : les malades y

sont entassés ; par contre, les infirmiers et gardiens sont, en général, mal rétribués et en nombre insuffisant, et bien que la récente loi sur le repos hebdomadaire, dont la stricte application n'est nulle part plus nécessaire que dans les asiles, leur ait accordé une satisfaction légitime, les conditions qui leur sont faites ne permettent pas d'assurer le recrutement d'un personnel compétent et stable. Le médecin, surtout lorsqu'il cumule ses fonctions médicales avec celles, si absorbantes, de directeur, plie sous le poids d'une charge trop lourde.

Vous avez le devoir, Monsieur le Préfet, d'appeler de façon pressante et avec une inlassable persévérance, l'attention du Conseil général sur cette situation réellement grave. Mais avant d'engager, de ce chef, des dépenses nouvelles, il convient d'abord, et d'urgence, de faire sortir des asiles tous ceux qui pourraient ou qui devraient n'y être pas maintenus.

1° Ceux qui pourraient sortir, sont les aliénés non complètement guéris mais n'ayant plus besoin de soins spéciaux, et que le médecin en chef estime pouvoir être placés, non seulement sans aucun danger mais encore utilement, auprès d'une famille de braves gens où ils trouveraient une surveillance suffisante en même temps que des conditions d'existence matérielle et morale moins pénibles. A ces placements familiaux judicieusement organisés et attentivement contrôlés, le département et les malades trouveront leur compte : ceux-ci seront mieux, et le département paiera souvent moins cher.

Il vous appartiendra de saisir le Conseil général de cette question assurément délicate, dont il est indispensable de se préoccuper sans retard.

2° Ceux qui devraient sortir sont de deux sortes : les aliénés guéris et relativement jeunes encore, que l'on se déclare aujourd'hui prêt à libérer « si l'on savait ce qu'ils deviendraient le lendemain », qu'on garde préventivement pour leur éviter le dépôt de mendicité, et dont le plus grand nombre acceptent, d'ailleurs, cette situation sans se plaindre ; à ceux-là, une assistance à domicile provisoire assurant d'abord le gîte et la nourriture, puis permettant et facilitant la recherche du travail, constituerait pour le département une dépense moins lourde, plus socialement utile et en même temps plus conforme à l'humanité.

Les médecins en chef de nos asiles publics vous indiqueront sans peine les personnes de cette catégorie ; la recherche en sera plus difficile dans les asiles privés où il est vraisemblable que plus d'un de ces malades guéris est maintenu, sous prétexte de philanthropie, en réalité à cause des services domestiques qu'il rend à l'asile ou dans ses dépendances ; vous ferez effort pour discerner sur ce point délicat toute la vérité.

©BIUM

D'autres qui devraient sortir et que prochainement il n'y aura plus aucun prétexte pour maintenir dans les asiles d'aliénés sont les vieillards, hommes ou femmes, dont l'activité intellectuelle est très affaiblie, qui ne sont point, à proprement parler, des aliénés, dont l'état ne réclame pas de soins médicaux particuliers, et dont la place est à l'hospice, au milieu de vieillards indigents et inoffensifs comme eux. Laisser ces malheureux dans un asile, souvent au milieu d'agités et sous un régime spécial, serait manquer de respect à la vieillesse indigente, c'est-à-dire déserter l'un des devoirs les plus sacrés de l'humanité, et constituerait, en même temps, une violation certaine de l'esprit et de la lettre de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables.

Je vous invite donc à faire dresser, avec un soin particulier, la liste des vieillards rentrant dans cette dernière catégorie, afin de les faire bénéficier du droit nouveau qui leur est reconnu par la loi de 1905.

Vous m'accuserez réception de cette circulaire, et vous me ferez connaître, successivement, les mesures prises pour assurer l'exécution des prescriptions diverses qu'elle formule.

N'oubliez pas, Monsieur le Préfet, que pour améliorer le sort des aliénés dans votre département, vous pouvez et vous devez beaucoup.

Nul plus que ces malades spéciaux n'a besoin de protection : s'ils reçoivent des soins médicaux insuffisants, si leur crise psychique passagère et qui aurait pu souvent être guérie, se transforme faute de soins appropriés, en une infirmité incurable, s'ils sont parfois maintenus en des conditions hygiéniques déplorables, s'ils sont victimes de violences, comment se plaindront-ils?

Toute négligence commise dans un hôpital serait connue le lendemain du public; il en va autrement des asiles dont les portes sont closes, où la vie et la critique du dehors ne pénètrent pas. Les récriminations des intéressés portent d'ailleurs, le plus souvent, la trace de leur psychose, sont mêlées d'extravagances ; il est difficile d'y discerner la vérité de l'erreur.

Ajoutons qu'en notre pays de France, patrie cependant de Pinel, trop de personnes dans le public et même trop de Conseils généraux ne se sont pas haussés encore à la juste conception des devoirs d'assistance sociale envers les aliénés.

Il faut donc que sur ces faibles, inhabiles à se défendre eux-mêmes et auxquels vont si peu de sympathies, vous étendiez votre protection attentive et compatissante ; la loi morale vous en impose l'obligation et, parmi vos nombreuses tâches administratives, je vous marque celle-là comme une des plus essentielles.

Je compte que vous y travaillerez ; je vous saurai un gré particulier des efforts personnels que vous y aurez consacrés.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
G. CLEMENCEAU.

LES ALIÉNÉS DANS LES DÉPOTS DE MENDICITÉ. — CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Paris, le 30 octobre 1906.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
à Messieurs les Préfets,

L'application prochaine de la loi de 1905, sur l'assistance obligatoire, ayant soulevé au sujet des dépôts de mendicité un certain nombre de questions délicates, j'ai l'honneur de vous inviter à me fournir d'urgence les renseignements suivants :

1° Y a-t-il un dépôt de mendicité dans votre département et quel est-il? A quelle date et par quel acte fut-il institué? Contient-il des reclus et quel en est le nombre ? S'il ne contient pas de reclus, quel en est le motif ?

2° A-t-il été annexé au dépôt de mendicité un asile de vieillards, d'infirmes, d'incurables ou d'aliénés ? Si oui, en vertu de quelle décision ? Quelles mesures sont prises pour distinguer les hospitalisés des reclus au point de vue moral, au point de vue matériel? Le dépôt de mendicité et l'asile annexe ont-ils leurs budgets et comptes communs ou distincts ?

3° Un quartier d'hospice, d'asile de vieillards, d'asile d'aliénés ou d'incurables remplit-il en fait l'office de dépôt de mendicité ? Si oui, en vertu de quel acte cette situation de fait s'est-elle produite ?

4° Si votre département ne possède pas de dépôt de mendicité, a-t-il, et depuis quand, un traité avec un département voisin pour l'internement de ses reclus ? Quel est le nombre de ces derniers ?

Je vous serai obligé de joindre à votre rapport un exemplaire de ce traité ou bien une copie du règlement intérieur du dépôt existant dans votre département.

J'ajoute que je tiens à ce que vous m'envoyiez régulièrement, chaque année, le compte administratif de cet établissement.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur.
Pour le ministre,
Le Directeur
de l'assistance et de l'hygiène publiques, MIRMAN.

©BIUM

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 11 décembre 1906, sous la présidence de M. Guéniot.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse:

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. — Un seul mémoire a été présenté.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1.200 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Roger MIGNOT, médecin de la maison nationale de Charenton, E. SCHRAMECK, chef de laboratoire d'ophtalmologie à la clinique des maladies mentales, et M. L. PARROT, interne à la Maison nationale de Charenton : *Contribution à l'étude de la paralysie générale.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *De l'encéphalite aiguë.*

Trois mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix à MM. les Drs DOPTER, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et OBERTHUR, de Paris.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Cinq mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice DE FLEURY, de Paris : *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. — Les grands symptômes neurasthéniques (pathogénie et traitement).*

Elle accorde en outre :

Une mention très honorable à M. le Dr Etienne RABAUD, de Paris : *Pathogénie de la pseudencéphalie et de l'anencéphalie.*

Des mentions honorables à :

M. le Dr A. GAUSSEL, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier : *La paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux daus les affections du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et de la protubérance. — Le noyau mésocéphalique des oculogyres (Dextrogyre et lévogyre). — Les mouvements associés des yeux et des nerfs oculogyres.*

M. le Dr André LÉRI, de Paris : *Cécité et tabes.*

PRIX ITARD. — 2.400 francs. — Un mémoire a été présenté.

Le prix est décerné à M. le Dr J. VIRES, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier : *Maladies nerveuses, diagnostic et traitement.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Six mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Dromard et Levassort, de Paris : *L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal.*

Elle accorde en outre :

Une 1re mention à M. le Dr Armand Laurent, de Rouen : *Série de travaux sur les maladies mentales.*

Une 2e mention à M. le Dr P. Chavigny, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon : *Diagnostic des maladies simulées.*

Prix Meynot. — 2.600 francs. — Sept mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr Robert Leroux, de Paris : *La névrite spinale d'origine otique.*

Prix Saintour. — 4.400 francs. — Dix-sept mémoires ont été présentés.

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Charles Perrier, de Nîmes : *Les criminels ; étude concernant* 859 *condamnés.*

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1907, 1908 et 1909. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (v. les numéros de janvier 1905, p. 166, et de janvier 1906, p. 166); voici celles proposées pour 1909 :

Prix du baron Barbier. — *Partage autorisé.* — 2.000 francs (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Civrieux. — *Partage interdit.* — 800 francs. — Pli cacheté. — Question : *De l'anorexie hystérique.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — *Partage interdit.* — 3.000 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Henri Lorquet. — *Partage interdit.* — 300 francs — (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

©BIUM

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Actes de violence.* — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 4 octobre 1906) :

Pris soudainement d'un accès de folie furieuse, le docteur Gromolard, 1, rue du Départ, au Vésinet, a parcouru les rues de la ville en brisant les devantures. Arrêté à grand'peine par la gendarmerie, le malheureux a dû être transporté à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

2. *Excentricités.* — A la pointe du jour, hier, M. Xavier B..., âgé de vingt-neuf ans, professeur de français dans une grande université anglaise, demeurant à Londres, 40, Museum Street, passait boulevard Saint-Germain, lorsqu'on le vit se déshabiller entièrement.

Avant que les passants qui assistaient à cette scène étrange fussent revenus de leur surprise, le professeur, ayant abandonné jusqu'au plus léger voile, s'élançait dans la boutique de M. B..., boulanger, descendait dans le fournil et se précipitait dans le pétrin, manifestant bien haut son intention d'aller se promener dans le four...

Il fallut l'intervention des gardiens de la paix pour empêcher le pauvre fou de mettre son projet à exécution.

Le malheureux, qui appartient à une excellente famille et dont on ne s'explique pas la folie subite, fut conduit au commissariat du quartier Saint-Thomas-d'Aquin. (Le *Journal*, numéro du vendredi 19 octobre 1906.)

3. *Suicide.* — Une pensionnaire d'une maison de retraite d'Aulnay-sous-Bois, Mme veuve Bréjoux, soixante-deux ans, demeurant à Foix (Ariège), a enjambé la fenêtre du dortoir, au troisième étage, et s'est tuée en tombant sur les pavés de la cour. La désespérée était neurasthénique. (Le *Journal*, numéro du vendredi 19 octobre 1906.)

4. *Suicide.* — On télégraphie de Dijon au *Matin* (numéro du dimanche 28 octobre 1906) :

Ce matin, vers 6 h. 45, le soldat Auguste Gauthey, du 1er régiment d'artillerie, ordonnance du capitaine Albert-Jacques Ohresser, se présentait devant le commissaire du premier arrondissement, et déclarait que dans la nuit, vers trois heures et demie, cet officier s'était suicidé en se tirant une balle de revolver à la tempe droite.

Le magistrat se rendit au domicile du défunt, 33, rue Jeammin, pour procéder aux constatations médico-légales.

Agé de trente-huit ans, marié et père de cinq enfants, le capitaine Ohresser jouissait d'une assez belle aisance, et l'on ne peut s'expliquer sa fatale détermination que par un accès de neurasthénie. Il était, en effet, en proie à cette maladie, et deux de ses collègues, qui l'avaient vu il y a peu de jours, l'avaient trouvé très abattu.

PROHIBITION DE L'OPIUM EN CHINE

L'opium, qui est pour les pays d'Extrême-Orient ce qu'est l'alcool pour ceux de l'Occident, un poison social des plus dangereux, commence à être prohibé en Chine. En effet, on lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 8 novembre 1906), la dépêche suivante, qui ne laisse aucun doute sur ce point intéressant :

« Le Gouvernement chinois a rigoureusement défendu l'usage de l'opium dans la nouvelle armée et dans les écoles. Plusieurs officiers de l'ancien corps de la « Bannière mandchoue » ont été révoqués parce qu'ils fumaient de l'opium, et on croit savoir que les fonctionnaires de tous les yamens ont reçu l'ordre de se défaire de cette habitude dans un délai de six mois.

« Les autorités chinoises se rendent parfaitement compte de la nature extrêmement ardue de leur tâche, car la culture indigène de la plante néfaste en donne une quantité octuple ou décuple de celle fournie par l'importation. »

Quelques jours après, dans son numéro du samedi 24 novembre, on pouvait lire, dans le même journal, sur cette abolition de l'usage de l'opium dans l'Empire chinois, des renseignements plus étendus et plus précis, que nous nous empressons de reproduire :

Le Times publie une dépêche où son correspondant à Pékin donne la réglementation de l'abolition de l'usage de l'opium.

Cette réglementation contient onze articles dont voici la substance :

Toute nouvelle plantation de pavots est suspendue ; les plantations privées actuelles devront être réduites d'un dixième par an.

Tout fumeur d'opium devra être inscrit sur un registre spécial indiquant les quantités d'opium qu'il consomme ; les divers débits d'opium seront également enregistrés, et seuls les acheteurs inscrits pourront recevoir de l'opium.

Les fumeries d'opium seront fermées dans un délai de six mois ; tous les débits seront fermés graduellement.

Les autorités donneront des ordonnances médicales à ceux

©BIUM

qui sont adonnés à l'habitude de fumer ; personne ne sera autorisé dorénavant à commencer à fumer l'opium ; les fumeurs actuels devront diminuer leur consommation de 20 p. 100.

S'ils ne le font pas, les magistrats seront révoqués, les gradués dépouillés de leurs diplômes ; les autres contrevenants seront également punis, et, au bout de dix ans, les noms des coupables seront affichés.

Les fumeurs âgés de plus de soixante ans seront traités avec indulgence, mais les fonctionnaires devront cesser de fumer dans un délai de six mois ou démissionner.

Les professeurs, les lettrés, les soldats et les marins devront se guérir de leur habitude dans un délai de trois mois ; quant aux princes, ducs, vice-rois, généraux et autres hauts dignitaires, ils devront informer le trône de leur intention de cesser l'usage de l'opium dans un délai donné. En attendant, ils seront autorisés à employer des adjoints pour ne reprendre leurs fonctions qu'après leur guérison.

Les Sociétés contre l'usage de l'opium seront invitées à relever toutes les infractions aux dispositions ci-dessus.

L'article 10 dit qu'au sujet des importations d'opium de l'Inde, de la Perse, de l'Indo-Chine française et des colonies hollandaises, les ministres de ces diverses nations seront pressentis pour obtenir que l'importation d'opium cesse dans un délai de dix ans.

Dans un article qu'il publie à ce sujet, *Le Times* dit :

Si la Chine nous démontre qu'elle veut seulement et de bonne foi réduire sa consommation d'opium, nous ne fermerons pas la porte à un accord tendant à un si intéressant objet.

FUMERIES D'OPIUM EN FRANCE

On savait qu'il existait, dans certains ports de mer de la France, des fumeries d'opium. Le Gouvernement, jugeant qu'il ne pouvait faire moins que celui de la Chine, vient de déclarer la guerre à ces établissements de plaisir qui, s'ils se développaient, ajouteraient une nouvelle cause de dégénérescence de notre race à toutes celles qui existent déjà.

Dans son numéro du samedi 8 décembre 1906, *Le Temps* donne, en effet, le renseignement suivant :

« On nous télégraphie de Brest que depuis un certain temps l'habitude de fumer l'opium s'est développée à Brest. Autrefois, on montrait comme des espèces de phénomènes ceux qui s'y adonnaient ; maintenant, la drogue a pénétré jusque chez les matelots. C'est ainsi qu'à la suite d'une plainte portée par les parents d'un jeune matelot fourrier des équipages de la flotte, actuellement en traitement à l'hôpital maritime pour troubles

cérébraux occasionnés par l'opium, M. Thomson, ministre de la Marine, a prescrit une enquête. Le vice-amiral Péphau, préfet maritime, avisa l'autorité civile du désir du ministre, et on ouvrit une enquête qui a révélé qu'il n'existe pas à Brest de fumeries proprement dites, comme à Toulon par exemple, mais que certaines demi-mondaines reçoivent dans des boudoirs orientaux des amis auxquels elles offrent le thé et des pipes.

« Une visite du commissaire chez plusieurs de ces femmes a fait découvrir tout un arsenal de fumerie.

« Procès-verbal a été dressé à deux pharmaciens qui ont délivré de l'opium aux fumeurs. »

Le même jour, le *Petit Temps* publiait la dépêche suivante, reçue de Toulon et relatant des faits identiques à ceux qui se passent à Brest :

« Le tribunal correctionnel a été appelé à se prononcer ce matin sur un intéressant procès se rapportant au commerce et aux fumeries d'opium. Deux commerçants étaient poursuivis : l'un pour avoir fait commerce de l'opium, contrevenant ainsi à l'ordonnance de 1850 sur la vente des matières vénéneuses ; l'autre pour avoir tenu une fumerie ouverte d'opium.

« Le premier, M. Gras, qui tient un commerce de chinoiseries, faisait venir directement l'opium de la manufacture nationale de Saïgon, et cet opium entrait en France sous le contrôle de la douane.

« Le commerçant arguait du décret de mars 1901 abaissant de 100 francs le prix du kilo d'opium, à condition qu'il soit consommé en Europe, pour maintenir qu'il avait agi conformément à la loi en s'adressant à la manufacture nationale. Mais le tribunal a retenu le délit de commerce illicite et il a condamné M. Gras à 1.000 francs d'amende et aux dépens, pour n'avoir pas fait de déclaration à la mairie, et pour ne pas tenir le registre prescrit par l'ordonnance de 1850.

« M. Piot était poursuivi pour avoir tenu une fumerie dans laquelle des demi-mondaines, des officiers et des sous-officiers mariniers allaient fumer moyennant une taxe de quinze centimes par pipe. C'est dans cette fumerie que se rencontrèrent le matelot Julien et la demi-mondaine Jeanne Renée, condamnée à six mois de prison pour espionnage. Le fait étant établi, le tribunal condamne Piot à 200 francs d'amende. »

TRIBUNAUX

Un aliéné en Conseil de guerre. — On écrit de Châlons au *Temps* (numéro du 1er novembre 1906) :

Hier comparaissait devant le conseil du 6e corps un soldat du 151e d'infanterie à Verdun, le nommé Albert D..., inculpé de voies de fait envers un supérieur.

©BIUM

Le 23 août, étant ivre, D... avait répondu par des insultes aux observations de son caporal; puis, rendu soudain furieux par l'alcool — de l'absinthe naturellement — qu'il avait bu, se précipitait sur lui, et à trois reprises le frappait de coups de poing et de coups de tête.

L'enquête révéla que D..., vers l'âge de treize ans, avait été enfermé dans un asile de fous.

L'autorité militaire le fit soumettre à un examen mental; le médecin-major chargé de cet examen conclut à une responsabilité très atténuée.

Tous les témoins, à commencer par le caporal lui-même, sont d'accord pour reconnaître que D... a agi dans un véritable accès de folie occasionnée par l'ivresse.

Devant ces dépositions, le lieutenant Caillon, substitut du commissaire du gouvernement, déclara à l'audience qu'il abandonnait l'accusation.

Le conseil a acquitté D... par 5 voix contre 2.

Le Testament d'un original. — On écrit de Cambrai au *Temps* (numéro du mardi 20 novembre 1906) :

Le tribunal civil de Cambrai vient de prononcer la nullité d'un testament fait au profit de l'Etat par un vieux cultivateur nommé Abdon Fleury, habitant une ferme isolée, près du Cateau.

M. Fleury vivait absolument seul. Personne n'avait le droit de pénétrer dans sa maison, pas même son domestique. Il y avait huit jours qu'il était décédé lorsqu'on découvrit son cadavre étendu au milieu de la maison. Les rats commençaient à le dévorer. Comme il laissait des biens importants, le notaire de la famille se mit à la recherche du testament qui fut découvert dans une dépendance de la ferme, au milieu de vieux journaux.

Il était ainsi conçu : « Attendu que je n'ai pas d'enfants et que ma mère étant usufruitière il ne lui est nullement utile d'hériter la propriété de biens dont elle est usufruitière, je lègue à l'Etat tout ce qui m'appartient pour être employé, capital et intérêts, à l'instruction publique, trente ans après ma mort. Je fais ceci parce que derrière ma mère il pourrait y avoir des héritiers trop avides et que ma tête se trouverait ainsi mise à prix pour la valeur de ce que je possède. »

Les héritiers attaquèrent ce testament et produisirent à l'appui de leur demande un papier qui tendrait à prouver que le testateur n'était pas sain d'esprit. Ce papier contenait le texte suivant : « Je déclare que si je venais à me détruire la nuit, ce serait en dormant et par magnétisme suggéré par le maire de Catillon, qui me le commande par la pensée, comme dans les romans. Par un acte testamentaire précédemment fait je l'avais

déshérité ; je confirme de nouveau cet acte et je veux qu'il ait sa pleine et entière exécution. »

Un crime au Transvaal. — Une lettre de Pretoria au *Petit Bleu* rend compte du procès de Stéphanus-Paul Krüger-Smit, petit-fils du défunt président Krüger, accusé d'avoir attiré dans un guet-apens et assassiné le financier anglais Herman Davis. Des preuves accablantes ont été produites à la charge de Krüger-Smit qui devait des sommes considérables à sa victime.

Son défenseur, Me Wolmarans, ancien délégué transvaalien en Europe, pendant la guerre anglo-boer, a pu faire admettre toutefois l'irresponsabilité de l'accusé qui a été déclaré coupable et tenu à la disposition de la justice pour être enfermé dans une maison de santé. (*Le Temps*, numéro du mardi 20 novembre 1906.)

FAITS DIVERS

Création d'un asile pour les alcooliques du canton de Vaud (Suisse). — On télégraphie de Genève au *Petit Journal* (numéro du vendredi 16 novembre 1906) :

Le conseil d'Etat du canton de Vaud a présenté au grand Conseil un projet de loi tendant à faire enfermer d'autorité les alcooliques impénitents dans un asile relevant de l'Etat.

Le but de cette loi est de soigner et, s'il est possible, de guérir ces malheureux. Une fois interné, l'alcoolique ne pourra plus être remis en liberté que lorsqu'il y aura des preuves de guérison absolue.

Tout citoyen a le droit de dénoncer les alcooliques, et les autorités ont le droit de prendre d'office contre eux toutes les mesures qu'elles jugeront convenables.

Si ce projet est adopté, le canton de Vaud aura pris, cette année, deux dispositions rigoureuses contre l'alcoolisme : la suppression de l'absinthe et l'internement des alcooliques.

Incendies dans les établissements d'aliénés. — On télégraphie de Privas, à l'*Agence Havas*, le 19 novembre 1906 :

« Un commencemeut d'incendie s'est déclaré à l'asile privé d'aliénés de Privas, qui compte plus de mille malades. Grâce aux prompts secours du personnel, le feu a pu être rapidement circonscrit et les hospitalisés mis à l'abri de tout danger. »

D'autre part, le *Temps* du samedi 1er décembre 1906 relate un nouvel incendie qui, malheureusement, a fait une victime.

« Un commencement d'incendie s'est déclaré, ce matin, chez le docteur Pottier, directeur d'une maison de santé, rue de Picpus, 10.

« Le feu a été promptement éteint, mais un pensionnaire, M. Honoré Viguier, âgé de soixante-seize ans, dans la

chambre duquel le feu avait pris, a été asphyxié par la fumée. Il a expiré malgré les soins dont il a été l'objet. »

La fortune des aliénés du département de la Seine. — M. Lampué, rapporteur général du budget du département de la Seine, pour l'année 1907, donne, dans son rapport, quelques détails curieux sur le service des aliénés.

Le nombre de ceux-ci atteint 14.800 pour le seul département, qui les hospitalise soit dans ses asiles spéciaux, soit dans les établissements de province. La dépense totale d'entretien est de 11 millions, dont 3 millions et demi sont à la charge de la ville de Paris, 5.800.000 francs à la charge du département, et le reste à la charge des communes de la Seine.

Les aliénés sont pauvres, en général, car les malades riches sont presque toujours traités dans des établissements privés. Toutefois le receveur des asiles gère en leur nom une fortune assez grosse : 6 millions environ, dont 4.500.000 francs en valeurs, 1.600.000 francs en numéraire, et 100.000 francs en bijoux.

Il est vrai que les valeurs et le numéraire appartiennent à 9.000 malades, ce qui fait pour chacun d'eux une moyenne de 666 francs, et que les 100.000 francs de bijoux sont répartis entre plus de 5.000 comptes! (Le *Temps*, numéro du jeudi 22 novembre 1906).

Folie collective. — Dans une ferme de la commune de Périgné (Deux-Sèvres), qui était exploitée par la famille Gilbert, toute cette famille, composée du père, de la mère, d'un garçon âgé de vingt-huit ans, d'une fille de vingt-trois ans, et d'une domestique âgée de douze ans, vient d'être prise subitement et collectivement d'accès de folie furieuse.

Les malheureux ont cassé tous les meubles de la maison et tiré des coups de feu sur tous ceux qui ont tenté d'approcher de la ferme.

Presque nus, couverts de blessures causées par des éclats de vitres, ils ont enfin été maîtrisés et internés à l'hospice de Niort.

Un de leurs voisins, qui était en relations avec eux, et qui passe dans le pays pour un « jeteur de sorts », est soupçonné de n'être pas étranger à ce cas de folie extraordinaire; on parle de certains faits dont la famille Gilbert et leur domestique auraient été victimes. (*Le Temps*, numéro du mardi 11 décembre 1906.)

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

La revision de la loi du 30 juin 1838 à la Chambre des Députés.

Nous étions habitués depuis quelque vingt ans à entendre parler du projet de revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Le grand rapport de Théophile Roussel avait été une véritable étude de législation comparée, et le Sénat, en 1886 et 1887, n'avait pas consacré moins de dix-sept séances à discuter cette revision de la loi.

Le projet de loi adopté par le Sénat avait été déposé par le Gouvernement à la Chambre des députés ; une Commission fut nommée et un rapport fut présenté en 1889 par M. Bourneville, alors député. La législature ayant pris fin avant que le projet de loi ne fût discuté, tout était à recommencer à la Chambre des députés. Le Gouvernement parut se désintéresser de la question;

©BIUM

mais le projet fut repris par voie d'initiative parlementaire, d'abord par M. Joseph Reinach, puis par MM. Reinach et Lafont, en dernier lieu par M. Dubief. Depuis 1889, les législatures se succédaient sans que le projet arrivât à la discussion publique.

Nous apprîmes non sans surprise, le 15 janvier dernier, que la Chambre des députés, dans sa séance de la veille, avait abordé la discussion du projet de loi sur les aliénés, que la discussion générale avait eu lieu et que les six premiers articles du projet de loi étaient déjà votés.

Peu de personnes avaient remarqué dans le *Journal officiel* du 13 juin 1906, au compte rendu de la séance de la Chambre des députés de la veille, que le Président, conformément à l'art. 18 du règlement, modifié par une résolution du 16 juin 1903, avait soumis la demande de vingt députés proposant le renvoi à la Commission de la réforme judiciaire et de la législation civile et criminelle du rapport déposé par M. Dubief dans la précédente législature. La Chambre avait accepté le renvoi ; la Commission de la réforme judiciaire, présidée par M. Cruppi, avait accepté le rapport de M. Dubief, sans y apporter aucune modification ; et c'est ainsi que le projet de revision de la loi sur les aliénés avait pu venir en discussion, sans être autrement annoncé.

Le point capital dans le projet de réforme de la loi sur les aliénés, est l'intervention de la magistrature pour le placement des malades.

Nous avons déjà eu occasion, dans les *Annales médico-psychologiques*, en parlant de l'avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique sur cette question, d'apprécier la valeur de cette réforme.

Le projet voté par le Sénat créait un ensemble de mesures assez compliqué. On pouvait espérer que la Chambre des députés apporterait quelques simplifica-

tions et que la nouvelle loi, tout en comblant certaines lacunes de la loi actuelle, ne ferait pas des asiles une administration trop paperassière. Cet espoir ne paraît pas réalisé.

La discussion a été menée à la Chambre avec une extrême rapidité. Quatre séances ont suffi pour voter les 71 articles de la nouvelle loi, et comme l'urgence a été déclarée au début de la discussion, il n'y a pas lieu à seconde lecture. La discussion générale a été très courte. Elle a consisté en un exposé sommaire de M. Dubief et un discours de M. Joseph Reinach. M. Reinach a parlé de beaucoup de choses, même du parlement de Bordeaux, qui, en 1616, condamna au bûcher quarante femmes maniaques ; il a parlé de Pinel, « de la fameuse « visite de Couthon à la Salpêtrière, quand Pinel fit « enlever leurs fers aux déments qui hurlaient autour « d'eux, et que leur fureur tomba aussitôt ». »

Il a oublié d'expliquer comment Couthon, guillotiné en 1794, avait pu aller faire cette visite quand la date de la suppression des chaînes du service de Pinel à Bicêtre, est le 4 prairial an VI, c'est-à-dire en 1798. Il a naturellement parlé de la cupidité des familles qui serait une des causes les plus fréquentes, sinon des séquestrations arbitraires, du moins d'internements abusivement prolongés et qui seraient par malheur de beaucoup trop nombreux, et il a terminé son discours en parlant des alcooliques et des criminels alcooliques.

La Chambre a aussitôt passé à la discussion des articles.

Le titre premier de la nouvelle loi est intitulée :

« Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à domicile ; de la surveillance du service des aliénés. »

Après avoir stipulé que l'assistance et les soins

©BIUM

nécessaires aux aliénés sont obligatoires, la Chambre a admis deux sortes d'établissements : publics et privés, mais a condamné à disparaître, dans un délai de dix ans, les établissements privés faisant fonctions d'asiles publics.

A défaut et dans l'attente d'asiles spéciaux, des quartiers annexes doivent être organisés pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots et les crétins.

Les quartiers d'hospice sont maintenus et les départements sont autorisés à créer des colonies familiales.

Les établissements privés sont naturellement placés sous la surveillance de l'autorité publique, et la Chambre a ajouté le paragraphe suivant :

« Nul ne peut créer ni diriger un établissement quel-« conque destiné à traiter des malades pensionnaires et « ne recevant pas d'aliénés, sans l'autorisation du Gou-« vernement ».

C'est peut-être pousser bien loin la crainte des séquestrations arbitraires.

Les Commissions de surveillance actuelles sont modifiées dans le sens indiqué par le Sénat (2 conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, 2 membres choisis par le préfet, dont un docteur en médecine, un magistrat désigné par le tribunal, un curateur nommé par le ministre).

L'article 6 de la nouvelle loi fixe la composition du personnel médical, et c'est ici qu'apparaît une conception nouvelle que M. Dubief a fait accepter à la Chambre : la conception du médecin traitant.

Les médecins traitants sont des médecins résidant hors de l'asile, faisant de la clientèle et venant chaque jour faire le service médical d'une section de l'asile, comme les médecins des hôpitaux ordinaires vont faire le service de l'hôpital.

En principe, il devra y avoir à la tête de l'asile un

©BIUM

directeur-médecin, autrement dit un docteur en médecine chargé de l'administration de l'asile et ayant outre son service administratif une section de malades comme les médecins traitants; mais le ministre peut, sur l'avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique et du Conseil général du département, ordonner la disjonction des fonctions de médecin et de directeur de l'asile ; dans ce cas, le directeur n'est plus nécessairement un médecin.

Sur les très vives instances de M. Lefort, député de Rouen, la Chambre a admis que les médecins ne seraient pas nécessairement expulsés des asiles, et la formule suivante a été adoptée :

« Les médecins traitants résident ou non dans l'asile suivant la décision prise par le Préfet après avis du Conseil général ».

Au cours de la discussion, M. Dubief a paru attacher une grande importance à cette organisation du service médical et la considérer comme un grand progrès.

Pour lui, l'organisation actuelle du service médical, avec des médecins en chef et des médecins adjoints, « ne sert qu'à ouvrir les asiles à tous les éclopés des autres concours ». Le nombre des médecins est insuffisant pour soigner convenablement les malades, et le fait d'avoir des médecins traitants en nombre suffisant n'augmentera pas les charges départementales ; car sans que ce soit dit dans la loi, mais M. Dubief l'a indiqué dans la discussion, les traitements des médecins traitants ne dépasseront pas ceux des médecins-adjoints actuels.

Nous ne voyons pas bien en quoi l'institution des médecins traitants constituera le progrès annoncé par M. Dubief. Il n'est pas douteux que certains services médicaux sont trop chargés. L'attribution d'un service aux médecins-adjoints, sans qu'ils en aient la responsabilité, est dans l'état actuel une chose défectueuse.

©BIUM

La durée du stage imposée actuellement aux médecins-adjoints est trop longue ; mais d'un autre côté on ne comprend pas bien comment un médecin logeant au dehors, à une distance plus ou moins grande de son service, pouvant avoir une clientèle étendue, obligé nécessairement de se préoccuper de cette clientèle pour vivre, pourra consacrer aux soins donnés aux aliénés plus de temps que n'en donnent des médecins résidant à l'asile et pouvant consacrer tous leurs moments à leur service.

Le rapporteur de la loi paraît s'être souvenu qu'ayant été directeur administratif, il a eu des conflits avec les médecins en chef et paraît penser que moins les médecins seront à l'asile plus on y sera tranquille ; c'est peut-être exact pour le directeur administratif, mais l'aliéné gagnera-t-il beaucoup au nouveau régime ?

Grâce aux divers amendements, le texte adopté à l'article 6 de la loi est devenu très élastique. Le directeur sera un médecin, à moins qu'il n'en soit décidé autrement, et des médecins résideront ou ne résideront pas dans l'asile suivant décision du préfet.

Nous n'insisterons pas sur les dispositions prises pour assurer la surveillance des aliénés traités à domicile. Le texte de la Chambre reproduit à quelques variantes près le texte voté par le Sénat, et il est certain que si un aliéné est séquestré à domicile, l'autorité publique peut s'assurer du bien-fondé de cette séquestration. Nous devons signaler que l'article 12 de la nouvelle loi rétablit une inspection générale spéciale du service des aliénés.

Le titre II de la loi est intitulé :

« Des placements faits dans les établissements d'aliénés. » Il ne comprend pas moins de 42 articles.

La Chambre a adopté sans discussion pour les placements faits sur la demande des particuliers un texte

reproduisant les dispositions votées par le Sénat, avec cette variante que le placement est provisoire jusqu'à décision de l'autorité judiciaire. C'est cette intervention de l'autorité judiciaire qui constitue la grande réforme du régime actuel sur les aliénés. Le préfet continuera d'être avisé dans les vingt-quatre heures, continuera de recevoir les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine ; les mêmes pièces seront adressées au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée, et au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé. Le procureur de l'arrondissement où l'établissement est situé transmettra avec ses réquisitions, le dossier au président du tribunal qui statuera sur la maintenue ou la sortie. Si une opposition est formulée, la décision sera prise par le tribunal en chambre du Conseil. Il devient oiseux de discuter les garanties apportées par cette décision du président du tribunal. Quelle compétence peut avoir un magistrat statuant de son cabinet et sans avoir vu le malade, sur le maintien en traitement d'un aliéné ? On parle d'assimiler les asiles aux hôpitaux et l'on se demande quel accueil serait fait à une proposition de soumettre au président du tribunal la question de savoir si un malade atteint de fièvre typhoïde sera ou non maintenu à l'hôpital ; car en somme ce malade ne peut pas sortir de son lit comme il veut, ne peut pas manger ce qu'il désire, et sa liberté individuelle reçoit certainement là une atteinte. En ce qui concerne les aliénés, le président du tribunal statuera dans le sens indiqué par les certificats médicaux ; il y aura de la paperasserie de plus, ce sera tout. Le seul danger est qu'en multipliant les envois de certificats médicaux, on porte quelque peu atteinte au secret médical et au secret des familles.

La Chambre a conservé sans aucune modification la

©BIUM

mesure admise par le Sénat et autorisant toute personne majeure, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, à se faire admettre dans un établissement d'aliénés sans autre formalité que la demande signée par la personne elle-même avec production d'une pièce d'identité.

Les placements ordonnés par l'autorité publique, ou placements d'office, sont maintenus dans la forme où ils existent aujourd'hui, sous cette réserve que ce sont, comme les placements demandés par les particuliers, un état provisoire sur lequel l'autorité judiciaire prononcera ainsi qu'il a été dit précédemment.

La question des condamnés reconnus aliénés et des aliénés criminels a été présentée à la Chambre avec un texte différant quelque peu de celui qui a été voté par le Sénat ; mais au fond, le principe reste le même. L'Etat devra faire construire un ou plusieurs asiles de sûreté destinés à recevoir les aliénés ayant été condamnés à des peines afflictives ou à des peines correctionnelles, de plus d'un an d'emprisonnement, mais qui auront été reconnus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine. La Chambre qui par mesure d'économie avait dans ces dernières années supprimé le quartier d'aliénés de Gaillon a voté cette proposition sans aucune discussion. Pourront être également conduits à l'asile, de sûreté les aliénés, qui placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes.

Dans la section IV du titre II : « Sorties définitives, sorties provisoires, évasions », la Chambre a confirmé la plupart des dispositions déjà votées autrefois par le Sénat. Elle a, pour les sorties provisoires, ajouté une dispositions dont l'initiative paraît revenir à M. Dubief, bien inspiré dans la circonstance. Le malade sortant à titre d'essai pourrait recevoir une allocation afin d'assurer sa subsistance pendant la durée de son congé. La seule réserve est que l'allocation ne pourra jamais

dépasser le prix de journée payé à l'asile. C'est évidemment là une mesure de transition très favorable à l'aliéné, qui, au moment de sa sortie, n'est pas assuré de trouver immédiatement du travail et a besoin d'aide et de protection.

Les mesures prises pour l'administration des biens, paraissent beaucoup moins heureuses. D'après les nouvelles dispositions, lorsque la Commission de surveillance n'aura pas désigné un ou quelques-uns de ses membres pour gérer gratuitement les biens des aliénés, il y aura des administrateurs provisoires, nommés par le ministre sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu, et ces administrateurs provisoires percevront comme émoluments un droit sur le revenu des aliénés. En outre, cet administrateur provisoire est obligé de recourir à l'homologation du Tribunal, non seulement pour vendre des valeurs dépassant 1.500 francs, mais même pour faire un placement de fonds dès que le capital atteint ces 1.500 francs. L'homologation du tribunal nécessite l'intervention d'un avoué, des pièces établies sur timbre, enregistrées, et constitue en somme une disposition assez onéreuse. Il semble que dans bien des cas, les frais de cette administration provisoire ne seront guère en harmonie avec le petit capital de l'aliéné qu'il s'agit de conserver. Il y a une lacune dans la législation actuelle, pour l'administration provisoire des biens des aliénés qui n'est pas prévue en dehors des établissements publics. L'administrateur provisoire n'a pas toujours actuellement les pouvoirs nécessaires pour défendre les intérêts d'un malade; mais la nouvelle législation qui institue une administration provisoire onéreuse n'est certainement pas à l'abri de critiques. Deux députés MM. Bonnevay et Paul Bertrand ont protesté et déposé un amendement pour obtenir l'administration gratuite du patrimoine

©BIUM

des aliénés. Ils n'ont pas pu faire admettre leur amendement et nous le regrettons.

La Chambre a encore voté que, en cas de non-interdiction, l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, pourrait, en vertu du mandat exprès qu'il en aurait reçu du conseil de famille ou à son défaut du tribunal, intenter au nom de l'aliéné une action en divorce, en séparation de corps ou de biens. Ce sont là des pouvoirs bien étendus pour un administrateur provisoire.

Le titre III de la loi a trait aux « dépenses et recettes du service des aliénés. »

D'après le texte proposé et adopté : « En l'absence de « traités réglant la dépense de l'entretien, du séjour et « du traitement des aliénés placés dans les établisse- « ments publics, cette dépense est réglée d'après un « prix de journée arrêté par le ministre de l'Intérieur, « pour les asiles de l'Etat, par les Conseils généraux « pour les asiles départementaux, par les Commissions « administratives pour les quartiers d'hospice, et par « les Commissions de surveillance pour les asiles qui « jouissent de la personnalité civile. »

Il est stipulé en outre que « dans aucun cas les Con- « seils généraux ne peuvent disposer des excédents de « recette des asiles pour les appliquer à un autre ser- « vice qu'à celui des établissements qui les auront « réalisés ».

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, lorsqu'il avait étudié le projet de loi voté par le Sénat, avait appelé l'attention sur les inconvénients résultant de ce que les Conseils généraux peuvent fixer d'une manière souveraine le prix de journée quand l'asile est départemental, et demandé l'insertion du paragraphe suivant : « Si le Comité supérieur déclare que le prix de « journée fixé par le Conseil général est insuffisant, ce

« prix est fixé par le ministre de l'Intérieur, après avis « du Comité supérieur. » En effet, le paragraphe indiquant que le Conseil général ne peut pas disposer des réserves des asiles pour un autre service est dépourvu de toute sanction et complètement illusoire, sans le corollaire demandé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Le Conseil général peut réduire le prix de journée payé à l'asile pour l'entretien des aliénés et ne voter qu'un prix de journée insuffisant pour l'entretien des malades. Il force l'administration de l'asile à faire emploi des réserves pour faire face à l'insuffisance du prix payé par le département.

Le Conseil général qui réalise une économie au budget départemental, affecte ainsi à un autre service des fonds qu'il aurait dû employer pour le service des aliénés. Le résultat est le même que si le Conseil général avait pris les fonds directement dans la caisse de l'asile pour en faire l'emploi interdit par le nouveau texte de loi.

Nous savons par un compte rendu de la *Revue philanthropique* (1) que M. Dubief a volontairement omis le paragraphe additionnel demandé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Il a reconnu que certains départements ne font pas tout leur devoir dans l'assistance des aliénés; mais, pour lui, les Conseils généraux considèrent très justement le soin d'administrer les finances départementales comme leur droit et leur privilège et il a craint de rencontrer dans une assemblée comme la Chambre des députés, qui compte de nombreux conseillers généraux, une opposition extrêmement vive. Les craintes exprimées par M. Dubief peuvent paraître excessives. La grande majorité des Conseils généraux est favorable aux questions d'assistance, et il est fort douteux que pour maintenir le pri-

(1) *Revue Philanthropique*. 10 avril 1904. Page 718.

©BIUM

vilège de voter, sans contrôle les fonds affectés à l'entretien des aliénés, les membres du Parlement aient voulu permettre à un Conseil général de tourner ou de rendre illusoire un article de loi en faveur d'une question d'assistance.

En somme, au point de vue financier des asiles, le nouveau texte voté par la Chambre n'apporte aucune modification à l'état actuel.

Une discussion s'est élevée à la Chambre pour savoir si l'Etat participerait aux dépenses des aliénés, comme il participe aux dépenses de l'assistance médicale et de l'assistance aux vieillards. La question a été résolue par la négative, sous la réserve que sous le nouveau régime, seront payés par l'Etat les traitements et pensions de retraite des inspecteurs généraux du service des aliénés, et les dépenses des aliénés indigents n'ayant pas de domicile de secours départemental.

La nouvelle loi rend obligatoire pour les départements, non seulement les traitements du personnel médical des asiles départementaux, mais encore les traitements des médecins et préposés responsables des quartiers d'hospices et les traitements des médecins des asiles privés actuels faisant fonctions d'asiles publics, sauf recours par les départements sur les établissements intéressés. Les départements seraient en outre tenus d'associer à leur Caisse de retraites le personnel des asiles ; en cas de changement d'un département à un autre, les retenues versées dans la Caisse des retraites du département quitté devront être reversées dans la Caisse du département où se rendra le fonctionnaire.

Pour les fonctionnaires départementaux du service des aliénés appelés à un emploi rétribué de l'Etat, les sommes versées à la Caisse des retraites départementales passent au Trésor public, au compte du fonds des pensions civiles.

Ces dispositions avaient déjà été votées autrefois par le Sénat et sont évidemment favorables au personnel des asiles.

Les titres IV et V de la nouvelle loi, sur les pénalités et les mesures transitoires, n'offrent rien de bien intéressant à signaler.

Si nous résumons notre appréciation sur le nouveau texte voté par la Chambre, nous trouvons que ce texte reproduit sur bien des points celui qui a été voté par le Sénat, il y a vingt ans. On peut regretter que la Chambre n'ait pas tenu compte davantage des observations faites au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Il faut aujourd'hui que le texte voté par la Chambre revienne devant le Sénat, et nous devons souhaiter qu'une nouvelle étude et une nouvelle discussion amènent enfin à l'élaboration d'une loi constituant un réel progrès. Nous devons demander que le médecin de l'asile ne soit pas considéré par le seul fait qu'il est médecin d'asile comme un suspect. Au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu, M. Jules Coutant s'est écrié : « Il y a des médecins qui réalisent des fortunes colossales en donnant des certificats de complaisance ! » Nous demandons que M. Jules Coutant ne soit pas trop cru sur parole.

Nous devons demander aussi que le médecin ait l'autorité nécessaire pour assurer efficacement les soins à donner aux malades.

M. Dubief, en parlant des médecins-traitants, a cherché à les comparer aux médecins des hôpitaux de Paris; mais nous connaissons en province des hospices où l'économe a beaucoup plus d'autorité que le médecin. Les malades n'en sont pas mieux soignés pour cela. Jusqu'à présent, ceux que les magistrats privaient de leur liberté étaient des délinquants, et nous devons demander qu'une distinction bien nette soit faite entre le

©BIUM

jugement qui envoie le délinquant à la maison d'arrêt et le jugement du même tribunal ordonnant le maintien dans un établissement hospitalier. On doit insister pour que l'administration provisoire des biens ne devienne pas une sorte de liquidation judiciaire, absorbant une partie du patrimoine de l'aliéné, et demander qu'une sanction existe pour rappeler à leurs devoirs les Conseils généraux qui n'assureraient pas d'une manière suffisante l'assistance des aliénés.

Il y a matière pour le Sénat à un complément d'étude et à une nouvelle discussion du projet de loi revenant devant lui. Souhaitons que le Sénat, après la discussion qui a eu lieu dans son sein, il y a vingt ans, et après la nouvelle discussion qui vient d'avoir lieu à la Chambre, ne considère pas son rôle comme terminé et ne se borne pas à homologuer un texte qui, sur divers points, peut donner lieu à critiques.

A. GIRAUD.

©BIUM

Histoire.

NATURE ET LOCALISATION DES FONCTIONS PSYCHIQUES CHEZ L'AUTEUR DU TRAITÉ *DE LA MALADIE SACRÉE*

Par Jules SOURY,
Directeur d'Etudes à l'Ecole pratique des Hautes Etudes à la Sorbonne.

SOMMAIRE. — I. Propriétés physiques du cerveau. — II. Structure du cerveau. — III. L'auteur ne peut être Polybe, gendre d'Hippocrate. — IV. Pathogénie de l'épilepsie. — V. Nature et siège des fonctions intellectuelles et morales. — Conclusion.

C'est une croyance reçue que, dans le livre *de la Maladie sacrée*, livre sorti de l'École de Cos, attribué même quelquefois à Polybe, gendre d'Hippocrate, mais qui est certainement de quelque iatrosophiste moins ancien, le cerveau, à l'exclusion du cœur et du diaphragme, est le siège des fonctions intellectuelles et morales, à l'état normal comme à l'état pathologique. De Littré à Paul Flechsig et à Rudolph Burckhardt, critiques, anatomistes et physiologistes n'hésitent guère, en dépit de graves anachronismes, à voir dans l'auteur de ce traité le principal précurseur d'une doctrine en réalité beaucoup plus ancienne et qui ne devait être scientifiquement établie qu'à l'époque de l'École d'Alexandrie.

©BIUM

Prise à la lettre, comme on le fait d'ordinaire, la doctrine du Περὶ ἱερῆς νούσου qui situe dans le cerveau les fonctions psychiques peut induire en erreur les exégètes de ce texte ancien et quant au siège et quant à la nature de l'intelligence elle-même. Nous voudrions, par une étude plus exacte du texte et de la doctrine, qui s'y trouve d'ailleurs très explicitement exprimée, rendre manifestes les causes d'une confusion de théories en soi fort distinctes, confusion où conduit d'ordinaire, avec une certaine hâte de conclure, l'illusion de découvrir dans les choses ce qu'on y a mis.

I

Les anciens qui ont considéré le cerveau comme l'organe central des perceptions des sens et de la pensée sont fort peu nombreux. En dehors d'Alcméon de Crotone, vers 500, et de quelques autres pythagoriciens, tel que Philolaos, on ne peut nommer, avant Platon, que Démocrite et Anaxagore, au sens où il s'agit d'une localisation des fonctions psychiques, non dans les ventricules, mais, semble-t-il, dans le parenchyme du cerveau. Encore cette dernière hypothèse ne nous paraît-elle guère vraisemblable, puisqu'il est constant que les plus grands médecins d'Alexandrie ne sont pas encore arrivés à cette doctrine : Hérophile indique pour domicile à l'âme les ventricules cérébraux, surtout le IV^e^, ou ventricule du cervelet, comme le fera Galien. Selon Erasistrate, le pneuma, ou l'air, introduit par la respiration, passe des veines du poumon dans les artères, devenant, dans le cœur, l'air vital, dans le cerveau, l'air psychique. En tout cas, dès l'époque de Périclès, le cerveau a été assez généralement considéré comme l'organe de l'intelligence.

Socrate, dans le *Phédon* (XLV, 96 B), jetant un re-

gard en arrière sur ses anciennes études, demande avec ironie, au cas où ni le *sang*, ni l'*air*, ni le *feu* ne feraient la pensée, si ce ne serait pas le *cerveau*, siège des sensations, d'où naîtraient la mémoire, la pensée, la science. Pour Démocrite, le cerveau est une sentinelle préposée à la garde de la citadelle du corps ; le cerveau est dit φύλαξ διανοίης. La doctrine contraire, et qu'on pourrait appeler naïve et populaire, celle qui situait dans le cœur le siège des perceptions et de l'intelligence, s'est, on le sait, perpétuée dans la mémoire des hommes pendant près de deux mille ans, grâce à l'autorité d'Aristote. Ce n'est pas pourtant que toute notion d'anatomie et de physiologie cérébrale fût absolument étrangère aux Hellènes d'une assez haute antiquité. La notion de ce que nous appelons les centres nerveux fut déterminée de bonne heure, dans le peuple comme chez les savants, par la vue de la substance blanche cérébrale et spinale, de la moelle de l'encéphale et du rachis (μυελὸς λευκός, μυελὸς ἐγκεφαλίτης, μυελὸς ῥαχίτης). La moelle céphalique, avec ses deux méninges, les seuls qu'ils aient connues, et la moelle rachidienne, distincte de celle des os, voilà tout le névraxe (1).

Le cerveau, siège des perceptions, sinon de l'intelligence, est désigné par Anaxagore comme la station

(1) *Iliade*, III, 300. Aristophane, *Grenouilles*, 134 (ἐγκεφάλου θρίῳ δύο) ; cf. *Nuées*, 1276. Démocrite, *liber* περὶ ἀνθρώπου φύσιος (B. ten Brink, *Philologus*, VIII, 417) : les mots ὑμένες νευρώδεις sont ici la dure et la pie-mère. C'est dans la « moelle » ou substance blanche du cerveau qu'existent « les liens de l'âme » : τῆς ψυχῆς οἱ περὶ τὸν μυελὸν..... δεσμοί. Fragment du commentaire de Proclus sur le x^e^ livre de la *République* de Platon. V. Alexandre Morus dans ses notes sur le Nouveau Testament *in Joan.* c. XI, v. 39 (Alex. Mori *ad quaedam loca N. Foederis Notae*, Paris, 1668, p. 103). L'ouvrage de Démocrite auquel se réfère Proclus, intitulé περὶ τῶν ἐν ᾅδου, et qui traitait entre autres des morts apparentes, contenait, sur la nature de ces phénomènes, tel jugement digne d'un physiologiste contemporain : l'homme qui revient à la vie, après avoir été cru mort, n'était point mort.

©BIUM

terminale des processus qui ont leur origine dans les organes des sens. Ainsi qu'Alcméon et Hippon, Anaxagore croyait pour cette raison que dans l'embryon le cerveau se forme le premier. Pour Platon, c'est bien dans le cerveau qu'était le siège de l'âme pensante (νοῦς). Aussi Platon est-il, pour Galien, « le premier de tous les philosophes ». Enfin, si opposé que fût Aristote à cette doctrine, pour lui, on le conçoit, absolument inintelligible, il ne laisse pas de témoigner que quelques physiologues, parmi ses prédécesseurs et ses contemporains, soutenaient que nous sentons et percevons par le cerveau (αἰσθάνεσθαι μὲν γὰρ τῷ ἐγκεφάλῳ).

L'ensemble immense des axones myélinisés des centres nerveux, abstraction faite de l'origine de ces fibres dans les cellules nerveuses constituant la substance grise de ces centres, a représenté d'ailleurs jusqu'aux temps modernes le substratum matériel des organes dénommés cerveau, cervelet, moelle épinière. Cette substance blanche fut généralement tenue pour molle et diffluente. L'auteur du Περὶ ἱερῆς νούσου estime pourtant que, dans la jeunesse et chez l'adulte, le cerveau est « consistant et compact (§ 10) », que son tissu, dirions-nous, est relativement ferme et élastique, de sorte que le phlegme que sécrète cette glande ne s'écoule pas alors avec excès, comme dans l'enfance, en fluant sur les oreilles, les narines, le pharynx et le larynx. Les idées d'Aristote sur les propriétés physiques du viscère intracranien ne sont au fond que celles des médecins de l'École de Cos. Le cerveau est la métropole du froid et du visqueux (ὁ δὲ ἐγκέφαλός ἐστι μητρόπολις τοῦ ψυχροῦ καὶ τοῦ κολλώδεος. *Des Chairs*, 4). Dans le traité *des Glandes*, le cerveau est comparé à une glande : « en effet, le cerveau est blanc et friable comme les glandes » (§ 10). La fonction du cerveau dans cette conception? Il rend à la tête les mêmes offices que les autres

glandes dans le reste du corps ; il la délivre de l'excès d'humidité qui surabonde dans le corps et qu'il a absorbé comme une éponge ; il élimine au dehors, sous forme de flux catarrhal, l'humeur froide et visqueuse appelée phlegme ou pituite. L'usage propre des glandes était de débarrasser le corps des liquides superflus, et non point, certes, de sentir et de penser.

Platon, qui contrairement à Aristote eut du cerveau et de la moelle épinière des idées vraisemblables, donnait à tout le myélencéphale le nom de μυελός, voulant ainsi caractériser ce qui constitue sa substance, τῆν οὐσίαν αὐτοῦ, comme s'exprime Galien lui-même. La moelle épinière, à laquelle Aristote attribuait sans raison des propriétés physiques différentes de celles du cerveau, et dont il n'a non plus jamais soupçonné l'usage, était pour Galien un centre nerveux d'une si haute importance qu'il l'appelait un second encéphale (οἷον δεύτερός τις ἐγκέφαλος. *De usu partium*, XII, xv) ; il ne parle nulle part de la moelle allongée ; cette province du névraxe est chez Galien confondue avec le cerveau et l'origine de la moelle épinière par l'intermédiaire du IVe ventricule. Il est bien remarquable que Praxagoras de Cos tenait, comme Philotime, le cerveau pour une sorte d'excroissance ou de rejeton de la moelle épinière, ce qu'enseignent l'embryogénie et l'anatomie comparée, tandis qu'avec la plupart des médecins du Ve siècle Galien devait soutenir que la moelle épinière ou dorsale provient du cerveau.

Pour ce grand ancêtre de la physiologie expérimentale qui, par la vivisection des animaux, acquit, ainsi que les anatomistes d'Alexandrie, une connaissance directe de la structure de l'encéphale, le cerveau (non le cervelet) de l'animal adulte a pourtant aussi paru mou et diffluent. On ne sait s'il faut attribuer cette assertion étrange à des raisons théoriques ou à des con-

©BIUM

ditions défectueuses d'observation, d'autant plus que Galien témoigne avoir toujours trouvé chaud le cerveau des animaux vivants, ce qui s'expliquait par la présence des nombreux vaisseaux sanguins de la pie-mère rampant à la surface et dans les nombreuses anfractuosités du cerveau. Mais ce cerveau, mou et diffluent, de l'animal mort, Galien le tenait pourtant pour relativement dur au regard du cerveau vivant, alors que le pneuma psychique ne s'était pas encore échappé de l'organe cérébral et qu'il conservait encore sa chaleur naturelle. Il suit que l'encéphale cadavérique n'était pas, selon Galien, ramolli, mais durci, parce que tout ce qu'il renferme, sang, phlegme et autres humeurs, s'était coagulé par le froid. Oribase écrit expressément qu' « à l'état normal le cerveau s'affaisse et retombe sur sa base ». Au moins la masse encéphalique n'était-elle pas « froide au toucher », comme l'avait enseigné Aristote, qui pourtant avait vu la riche vascularisation de la pie-mère ; pour Galien le cerveau était chaud, mais il apparaissait mou et diffluent ; la pie-mère devait le consolider ; seuls le cervelet et la base de l'encéphale manquaient de cette membrane à cause de la densité de leur tissu.

Anatomistes et physiologistes se bornaient à la constatation, d'ailleurs erronée, de ces faits ; l'esprit de système ne laissait pas d'y avoir sa part, comme toujours. Mais, chez Aristote, de par l'antagonisme absolu entre le cerveau, simple organe de réfrigération organique, et le cœur, siège des fonctions de la sensibilité et de l'intelligence, le cerveau devait être d'autant plus froid et humide que la chaleur résultant de l'activité du cœur était plus considérable, et, comme l'homme est l'animal le plus intelligent, le volume et les propriétés de l'encéphale devaient correspondre à la précellence des fonctions du cœur : voilà pourquoi, entre les autres

animaux, l'homme a le cerveau le plus grand : à l'excès de chaleur dégagé par le cœur et par le poumon, la nature *devait* opposer un excès de réfrigération et d'humidité (1).

L'auteur du traité *de la Maladie sacrée*, qui rapporte l'épilepsie à l'humidité excessive du cerveau chez les phlegmatiques, à une sécrétion surabondante de l'humeur absorbée par cette glande, trouve que l'ouverture du crâne, chez les chèvres épileptiques, établit la vérité de sa doctrine : « On le pourra fort bien reconnaître, a-t-il écrit, chez les animaux de l'espèce ovine affectés de cette maladie, et en particulier chez les chèvres; celles-ci y sont le plus souvent exposées : si tu leur ouvres la tête, tu trouveras le cerveau humide, rempli d'eau d'hydropisie et sentant mauvais, et là tu reconnaîtras clairement que ce n'est pas la divinité qui altère ainsi le corps, mais la maladie. Il en est de même pour l'homme aussi ; en effet, quand l'épilepsie a duré longtemps, elle n'est plus curable ; le cerveau est rongé par le phlegme et il se fond ; cette fonte devient de l'eau qui entoure au dehors le cerveau et le baigne. A cause de cela, les accès d'épilepsie sont plus fréquents et plus faciles (§ 11). » Il semble résulter de ce texte que l'auteur aurait ouvert la tête de chèvres affectées, selon lui, d'épilepsie. La description qui suit, relative à l'homme, implique-t-elle qu'il ait pratiqué des nécropsies d'épileptiques? Il n'y a point la moindre apparence. La lésion cérébrale de cette névrose est, on le sait, inconnue ; mais c'est bien plutôt la sclérose de certaines circonvolutions du tissu cérébral qu'on a jusqu'ici signalée. La dissection des cadavres humains, considérée comme impie, n'a pas été pratiquée dans l'antiquité, non pas

(1) Aristote. *De part. anim.*, II, III, X; *de gener. anim.*, V, III, IV; *Problem.*, I, 16; II, 17; XXXVI, 2.

©BIUM

même par Galien, sauf par quelques anatomistes d'Alexandrie, à l'époque des Ptolémées. S'il ne s'agit pas ici d'inductions plus ou moins fondées sur des opérations de chirurgie cérébrale (trépanations, etc.), fort en progrès au temps d'Hippocrate et de ses successeurs, il n'est pas impossible que des craniectomies de chèvres prétendues épileptiques aient induit l'auteur vers l'opinion qu'il soutient.

La base de cette doctrine est évidemment toute théorique. C'est des propriétés physiques attribuées au cerveau qu'est née cette étiologie de l'épilepsie. Encore au xvi^e^ siècle, quand Varoli localise « les esprits par lesquels les opérations supérieures du cerveau s'exécutent », non plus dans les ventricules, mais dans la substance cérébrale elle-même, il appelle le cerveau « membrum molle et aqueum ». Pour Varoli aussi le cerveau regorgeait d'humidité, c'est-à-dire de phlegme ou de pituite ; les glandules appendues aux cavités ventriculaires du cerveau collectent, comme des éponges, les produits excrémentiels provenant ici de la nutrition du cerveau et qui doivent être éliminés hors de l'économie ; rassemblée dans les ventricules comme dans des cloaques, la pituite descend par l'*infundibulum* au palais et est rejetée par la bouche et par les narines.

II

Après ces vues sommaires sur l'histoire des propriétés physiques de l'organe où l'auteur du traité *de la Maladie sacrée* a placé le siège des fonctions intellectuelles et morales, il nous faut rappeler ce qu'on savait de sa structure.

D'Alcméon de Crotone, auteur d'une des plus anciennes physiologies des sens et qui localisa dans le cerveau, avec les perceptions et l'origine des mouve-

ments, les sentiments, les pensées et la raison, aucune description de l'encéphale n'est venue jusqu'à nous; anatomiquement, la transmission des impressions des organes des sens à l'encéphale s'expliquait par l'existence de canaux ou conduits (πόροι) partis de l'œil, de l'oreille, etc.; bref, entre les organes périphériques des sens et l'organe central des perceptions et de la pensée, le cerveau, des voies à structure plus ou moins définie existaient, et c'est sur cet ordre de considérations que reposait la distinction, toujours observée par les anciens physiologues, des sensations et des perceptions, matériaux qu'élaborait l'organe de l'intelligence. Penser était bien pour eux, comme pour nous, la même chose que sentir, mais la complexité croissante des organes, de la périphérie aux centres, réalise les conditions de fonctions d'une généralité également croissante.

Ce que nous appellerions la pathologie nerveuse et mentale dérivait de cette anatomie : les πόροι étaient-ils oblitérés, leur origine ou leur terminaison avait-elle subi quelque désordre matériel, les fonctions de la sensibilité, du mouvement et de la pensée étaient altérées, suspendues ou perdues. C'est surtout à l'effet de quelque commotion cérébrale, d'un déplacement local des parties de l'appareil encéphalique, qu'on rapportait comme à leur cause les diverses maladies de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence, encore que toute la pathologie de l'encéphale n'ait jamais cessé d'être dominée par l'humorisme, et que le cerveau, comme le reste de l'économie, relevât de la dyscrasie des humeurs cardinales, des excès d'humidité ou de sécheresse, etc., des différents viscères.

Au cours de plusieurs siècles encore, les nerfs devaient être ignorés. Hérophile et Erasistrate aperçurent et distinguèrent les nerfs de sensibilité et de mouvement, tout en les confondant souvent (l'homonymie y contribua

©BIUM

d'ailleurs) avec les tendons et les ligaments ; ils connurent leur origine, en principe, dans l'encéphale et la moelle épinière. Trois siècles plus tard, Galien de Pergame n'aura guère qu'à suivre les enseignements des maîtres d'Alexandrie, avant lui et comme lui anatomistes, expérimentateurs et cliniciens. Les idées erronées d'Aristote sur le mode de transmission et de terminaison des sensations, aboutissant au cœur, idées qui devaient si fort exalter l'ironie et l'invective de Galien, commençaient à n'avoir plus guère de raison d'être vers la fin de la vie du Stagirite lui-même (Hérophile n'avait toutefois que vingt-deux ans à l'époque de la mort d'Aristote). Mais, eût-il assez vécu, ce qui n'est pas le cas, pour connaître ces nouvelles démonstrations anatomiques, en désaccord si profond avec sa théorie de la nature et des fonctions du cerveau, purement glandulaires, le philosophe ne se serait pas rendu : la physiologie du cœur et celle du sang seraient demeurées pour lui ce que, pour H. Taine, demeura, bien après les découvertes de Fritsch, Hitzig et Munk, la doctrine de l'homogénéité fonctionnelle de l'écorce du cerveau télencéphalique.

Pour Démocrite comme pour Alcméon, les πόροι, sensitifs ou sensoriels, étaient les voies de transmission ouvertes entre le monde extérieur et le sensorium. Selon Diogène d'Apollonie, qui est doctrinalement le principal précurseur de l'auteur *de la Maladie sacrée*, c'est par le chemin des veines que les impressions externes des sens se propageaient au cerveau. La description qu'a donnée du cerveau l'écrivain du Περὶ ἱερῆς νούσου, a paru remarquable à quelques bons juges (1). La voici : « Le

(1) Rud. Burckhardt, Prof. der Zool. an d. Univers. Basel. *Ueber antike Biologie*, p. 15. Aarau, 1904 ; cf. *Die Biologie der Griechen*, Franckf. a. M., 1904.

cerveau est double chez l'homme comme chez tous les autres animaux ; une mince membrane en sépare le milieu (§ 3). » C'est tout; j'avoue ne point rencontrer ici d'autre connaissance du cerveau que celle que possédaient les spectateurs des comédies d'Aristophane, encore que la principale artère du cerveau, la carotide interne, soit plus loin indiquée. La remarque suivante, dérivée de la dualité des hémisphères, m'intéresse davantage : « Aussi la souffrance ne se fait-elle pas toujours sentir dans le même point de la tête ; elle est tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, quelquefois aussi partout. »

C'est Erasistrate qui, pour autant que nous le sachions, décrivit le premier les circonvolutions du cerveau. Le grand anatomiste d'Alexandrie attribue déjà la prédominance des fonctions intellectuelles dans l'homme (τὸ διανοεῖσθαι) à la complexité morphologique du plissement de son encéphale : « Chez l'homme, dit Erasistrate, parce qu'il surpasse de beaucoup tous les autres animaux par son intelligence, le cerveau est beaucoup plus circonvolutionné que dans ceux-ci (1). » L'anatomie comparée du cerveau et du cervelet de quelques représentants de la série des mammifères est plus qu'entrevue. L'explication des rapports de la structure et des fonctions de l'encéphale telle que l'a conçue Erasistrate, il y a plus de deux mille ans, est demeurée vraie. Elle est encore aujourd'hui ignorée de la plupart des médecins qui ne sont pas neurologistes. Galien lui-même n'a pas compris l'importance des démonstrations d'Erasistrate relatives à la morphologie des circonvolu-

(1) J'ai donné une traduction de cette page magistrale d'Erasistrate (J. Soury, *Syst. nerv. centr.*, 1, 255-256) qui constitue la plus vieille histoire scientifique du cerveau : elle a été conservée par Galien (Cl. Galeni *de placitis Hippocratis et Platonis libri novem*. Recens. Iwan. Mueller. Lips., 1874, I, 599-600).

©BIUM

tions cérébrales. « Les ânes eux-mêmes, objectait le médecin de Pergame, ont un cerveau très plissé » ; or, la faiblesse de leur entendement exigerait, dans l'hypothèse d'Erasistrate, que leur cerveau fût peu circonvolutionné ! L'étude comparée de l'architecture du cerveau des mammifères est demeurée dans les limbes jusqu'à l'apparition du grand ouvrage de Leuret et Gratiolet, *Anatomie comparée du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence*.

Hérophile avait indiqué pour le siège de l'âme, c'est-à-dire pour le domicile du pneuma psychique, les ventricules cérébraux, en particulier le IV^e^ ; c'est dans les mêmes lieux que Galien enseignait que résidait ce pneuma, quoique, dans certains passages de l'œuvre du médecin de Pergame, il ne soit plus seulement renfermé dans les ventricules, mais « dans tout le corps de l'encéphale ». Même dans cette dernière hypothèse, on n'aurait aucun droit d'identifier l'idée que pouvait se faire Galien d'une localisation des fonctions psychiques dans le cerveau avec l'idée que ces mots éveillent en nous. Le pneuma, pour être répandu et diffusé, à la façon d'un air ou d'une vapeur subtile dans le parenchyme cérébral, ne cesserait point pour cela d'être la substance de l'intelligence ; pour nous, cette fonction biologique est simplement une propriété de la matière même du neurone, de son protoplasma.

L'exemple de ces auteurs, de ceux qui les ont précédés et suivis jusqu'à la fin du XVIII^e^ siècle, et qui tous localisaient bien dans le cerveau les perceptions et l'intelligence, prouve que la même façon de parler est susceptible d'interprétations fort différentes. En outre, on peut déjà conclure de ce bref exposé que, bien avant l'auteur du Περὶ ἱερῆς νούσου, le cerveau avait été considéré comme l'organe central de la sensibilité et du mouvement volontaire, de la connaissance et de la raison. A

la vérité, c'est en vertu d'une tout autre théorie que cet auteur est arrivé à une conception en apparence semblable. Il a, lui aussi, situé dans le cerveau les fonctions supérieures de l'intelligence, mais ce ne fut point dans la matière cérébrale : c'est dans l'air, venu de l'atmosphère et circulant à l'intérieur du cerveau, qu'il a conçu le principe des perceptions, des sentiments et des pensées à l'état normal et pathologique. L'École des physiologues hylozoïstes dont il suivait la doctrine lui imposa, pour premier principe, le choix de l'*air* ; disciple d'une autre École, il eût pu adopter comme élément primordial de l'univers l'*eau* ou le *feu*, comme le rappelle Socrate dans le *Phédon*, ou ces deux éléments à la fois, comme l'auteur hippocratique du Περὶ διαίτης : « le feu le plus chaud et le plus fort », si subtil qu'il n'affecte ni la vue ni le toucher, voilà l'âme, l'entendement, la pensée, le mouvement, etc. (1).

Cette intelligence cosmique, quelle que fût sa nature élémentaire, eau, feu, air, etc., était de nécessité toujours la même; car l'homme ne connaît qu'une intelligence, la sienne. Quant aux diverses substances qu'il a postulées pour s'expliquer l'essence de ce phénomène, elles ont naturellement varié avec les écoles et les systèmes. L'intelligence, au fond identique à l'intelligence du Περὶ ἱερῆς νούσου, c'était, pour Galien, le pneuma psychique, résultant du mélange, dans les ventricules du cerveau, et du pneuma ou air vital répandu dans le système artériel avec le sang mêlé à l'air atmosphérique dans le ventricule gauche du cœur, siège de la formation des esprits vitaux, et de l'air respiré par les narines. Animé d'un double mouvement diastolique et

(1) *Du Régime*, § 10, τὸ... πῦρ, ψυχὴ, νοὸς φρόνησις, κίνησις. « L'âme humaine est une mixture de feu et d'eau », § 25 (ἡ δὲ ψυχὴ τοῦ ἀνθρώπου... σύγκρησιν ἔχουσα πυρὸς καὶ ὕδατος).

©BIUM

systolique, le cerveau recevait, en diastole, dans les ventricules latéraux, l'air ambiant et l'air vital, et, en systole, poussait ce fluide élaboré dans le ventricule moyen et dans le IVe ventricule, d'où il se répandait dans le cervelet et la moelle épinière jusqu'aux extrémités périphériques des muscles et des organes des sens. Les tuniques artérielles qui résistaient à la pression interne du pneuma circulant, très vif et très subtil, devaient être, selon Hérophile, six fois plus épaisses que les tuniques des veines, le sang étant un liquide dense, lourd, au cours lent ; en outre, enfermé dans des tuniques aussi épaisses que celles des artères, le sang n'aurait pu servir à la nutrition des parties.

Pour le maître d'Hérophile, Praxagoras de Cos, les artères étaient pendant la vie remplies d'air, non de sang. Selon Erasistrate, l'air, introduit par la respiration, passait des veines du poumon dans les artères et devenait, dans le cœur, l'air vital (πνεῦμα ζωτικόν), dans le cerveau, l'air psychique (πνεῦμα ψυχικόν).

La distinction des artères et des veines est d'ailleurs antérieure à Praxogoras. Diogène d'Apollonie, plus ancien qu'Hippocrate, et qui, avec Anaximène de Milet, est proprement le père de la doctrine de l'auteur de *la Maladie sacrée*, tenait, lui aussi, les artères pour remplies d'air. Confondant la trachée-artère avec les artères, les anciens avaient étendu le nom de l'une aux autres. « Dans les grands animaux, a écrit Aristote, on voit que l'air (τὸ πνεῦμα) pénètre dans le cœur [par la trachée-artère] ». (H. A. I., XVI, 8). Ainsi que notre auteur, Diogène avait parlé de l'air circulant dans les veines. « C'est qu'en effet, dit Littré, perpétuellement veine s'employait pour artère ; dans les livres hippocratiques, des artères donnent naissance à des veines, des veines à des artères. » Ainsi une confusion existait dans le langage anatomique entre artères et veines. Au traité

de *la Maladie sacrée*, c'est donc dans les veines que circule la plus grande partie de l'air qui entretient la vie et donne la sensibilité, la motilité et l'intelligence au corps ; elles l'aspirent des poumons, à la manière de soupiraux, et le distribuent à l'économie (1).

En quelques traités hippocratiques, dans le traité *des Chairs*, par exemple, les veines, partant de la tête, distribuent l'air dans la trachée-artère, les bronches, les poumons, le cœur, les artères. Dans cette doctrine, les artères, canaux vides de sang, apportant l'air à toutes les parties du corps, « constituaient plutôt, remarque Littré, un appendice des voies aériennes qu'une portion du système circulatoire ». Au traité *du Cœur*, le ventricule gauche de ce muscle, le cœur, reçoit l'air par les veines ; il ne contient pas de sang, comme en contient le ventricule droit. Défendu par ses valvules contre tout passage du sang de l'aorte, le ventricule gauche du cœur est pour cette raison le siège du « feu inné » et de l'intelligence (τὸ ἔμφυτον πῦρ, § 6). Le sang est une humeur grossière ; il troublerait la matière pure dont s'alimente ce feu : cet aliment n'est pourtant qu'une sorte d'émanation pure et lumineuse, une sorte de quintessence du sang contenu dans le ventricule droit. L'intelligence de l'homme est, dans cette théorie, innée dans le ventricule gauche et commande au reste de l'âme (2).

L'auteur de ce traité avait pourtant étudié l'anatomie du cœur ; il en connaît les parties ; il procédait à l'ouverture du thorax suivant les rites des haruspices et en retirait le cœur ; il témoigne avoir fait des vivisections :

---

(1) *De la maladie sacrée*, § 4. Κατὰ ταύτας δὲ τὰς φλέβας καὶ ἑσάγόμεθα τὸ πολλὸ τοῦ πνεύματος· αὗται γὰρ ἡμέων εἰσίν ἀναπνοαὶ τοῦ σώματος τὸν ἠέρα ἐς σφᾶς ἕλκουσαι...

(2) *Du Cœur*, § 10. Γνώμη γὰρ ἡ τοῦ ἀνθρώπου πέφυκεν ἐν τῇ λαιῇ κοιλίῃ καὶ ἄρχει τῆς ἄλλης ψυχῆς.

©BIUM

« Sur un animal égorgé, ouvrez le ventricule gauche, et tout y paraîtra désert, sauf un certain ichor, une bile jaune et les membranes dont j'ai parlé. Mais l'artère n'est pas privée de sang non plus que le ventricule droit (§ 11). » L'esprit de système et l'absence de méthode créent et perpétuent de telles erreurs.

III

Le Περὶ ἱερῆς νούσου a été quelquefois attribué à l'auteur du traité *de la Nature de l'homme* (Περὶ φύσιος ἀνθρώπου), à Polybe, gendre d'Hippocrate, et Dietz lui-même a incliné dans ce sens. Nous voudrions tirer de l'examen des doctrines, en soi incompatibles, de ces deux livres de la collection hippocratique, la preuve qu'une telle supposition est inadmissible. Le mode d'exposition, surtout philosophique, de notre traité, encore que la doctrine en appartienne à l'École de Cos, et que le style ait inspiré à Dietz un rapprochement avec l'ouvrage authentique de Polybe, ne nous permet de voir dans le Περὶ ἱερῆς νούσου que l'œuvre d'un iatrosophiste d'une époque où plusieurs autres livres pseudo-hippocratiques ont été composés (1), époque qui s'étend de l'âge où a fleuri Hippocrate lui-même au temps où Hérophile et Erasistrate devinrent à Alexandrie les maîtres de la médecine.

Polybe, contemporain de Platon, et qui était vieux quand Aristote était jeune, professe précisément sur le sytème veineux une doctrine inconciliable avec celle de l'auteur du traité *de la Maladie sacrée*. Le texte de Polybe relatif à l'anatomie des veines a été cité par

(1) Cf. Kühn, *Hippocratis opera*. Historia litteraria, p. 137, § 24. « Ipso Hippocrate recentior est. Neque oratio hippocrateae brevitati respondet. »

Aristote, qui nomme expressément cet auteur, avec Syennésis de Chypre et Diogène d'Apollonie (1). La citation d'Aristote établit l'authenticité et de la doctrine et du texte du Περὶ φύσιος ἀνθρώπου : cette doctrine, comme celle de Syennésis, fait dériver les veines de la tête, d'où elles descendent à toutes les parties (§ 11). Au contraire, dans la description du système cardio-vasculaire de Diogène d'Apollonie, aussi conservée par Aristote, deux grosses veines, la σπληνῖτις et l'ἡπατῖτις, la splénique et l'hépatique, sont supposées issues de la rate et du foie et monter, à gauche et à droite, vers la tête.

Or la doctrine du traité *de la Maladie sacrée* est à cet égard celle de Diogène d'Apollonie : « A l'encéphale arrivent des veines de tout le corps, nombreuses et menues, mais deux grosses, l'une du foie, l'autre de la rate (§ 3). »

C'est encore Diogène d'Apollonie qui, bien avant l'auteur de notre traité, a situé l'intelligence dans le cerveau, non plus à la façon d'Alcméon, de Démocrite ou de Platon, mais en vertu d'une théorie de nature différente. Il est bien vrai que le vieux physiologue crétois avait assigné au ventricule artériel ou ventricule gauche du cœur (appelé aussi ventricule pneumatique) le siège principal de l'air, lequel, on l'a dit, arrivait directement par la trachée-artère à ce ventricule (*Placita*, IV, v, 7). Mais cette localisation ne convient que pour ce qu'on appellera plus tard l'air ou pneuma vital, air vivifiant toutes les parties du corps. C'est à l'air contenu dans le cerveau qu'il attribuait, par l'intermédiaire de l'air ambiant, les sensations de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, d'où se formait la pensée, — la percep-

(1) Aristote. H. A., III, 8. Πόλυβος δ'ὧδε. Cf. Aristoteles. *Thierkunde* von Aubert und Wimmer, I, 313-317 ; II, fig. 4.

©BIUM

tion sensible (αἴσθησις) et la pensée (διάνοια) ayant même origine. Cette origine, c'est l'air intérieur à la tête, lequel sent et perçoit (ὁ ἐντὸς ἀὴρ αἰσθάνεται).

C'est donc bien dans le cerveau que, pour Diogène d'Apollonie, est le siège des sensations et de l'intelligence. Et c'est toujours à la circulation de l'air dans les vaisseaux, veines et artères, que toute vie intellectuelle et morale se ramène, avec les sensations. C'est toujours un même principe élémentaire, l'air, considéré comme capable par nature de sentir et de penser, qui constitue la matière des sensations et de l'intelligence. Le même élément, l'air, plus ou moins pur et chaud, humide et froid, sera plus ou moins apte à sentir et à penser, ce qui, aussi bien, avait toujours été même chose pour les physiologues grecs des VI^e^ et V^e^ siècles. Οἱ ἀρχαῖοι, dit Aristote, τὸ φρονεῖν καὶ τὸ αἰσθάνεσθαι ταὐτον εἶναί φασιν. Mais c'était là une propriété immanente des choses, de l'univers vivant, sentant et pensant, dans la doctrine hylozoïste. « C'est par le même principe, enseignait le disciple d'Anaximène, en son Περὶ φύσεως, c'est par l'air que tous les êtres vivent et voient et entendent et tous tiennent du même être leur intelligence différente (1). » L'air est le principe cosmique de la vie, de l'âme et de l'intelligence. « Les hommes et les autres animaux qui respirent vivent de l'air ; il est pour eux l'âme et l'intelligence, comme il est clairement expliqué dans ce livre (2). »

Voilà le monisme. Le principe scientifique de l'identité fondamentale des deux substances hypothétiques,

(1) Diogène d'Apollonie. Fragm. 6 (Mullach). Ὅμως δὲ πάντα τῷ αὐτῷ καὶ ζῇ καὶ ὁρᾷ καὶ ἀκούει, καὶ τὴν ἄλλην νόησιν ἔχει ὑπὸ [ἀπὸ] τοῦ αὐτοῦ πάντα.

(2) Fragm. 5. Ἄνθρωποι γαρ καὶ τὰ ἄλλα ζῷα ἀναπνέοντα ζώει τῷ ἀέρι καὶ τοῦτο αὐτοῖσι καὶ ψυχὴ εστι καὶ νόησις, ὡς δεδήλωται ἐν τῇδε τῇ συγγραφῇ ἐμφανέως...

l'esprit et la matière, qu'on devait en vain tenter de dissocier, a ses racines dans l'ancienne physique matérialiste des Ioniens, dans l'hylozoïsme.

Un et identique en nature, l'air ne laissait pas de présenter des modalités différentes dues au degré de condensation ou de dilatation de ce corps tenu pour simple. Ainsi, l'âme des animaux est par excellence un air sec et chaud circulant dans les veines avec le sang. Diogène d'Apollonie nous semble même avoir disserté sur les conditions morphologiques et physiologiques de l'acuité des sens, conditions où le calibre et l'état de réplétion des vaisseaux aérifères jouent un grand rôle. La doctrine constante du traité de *la Maladie sacrée* sur les effets du mélange, en proportions variées, de l'air et du sang dans les veines, est déjà toute chez Diogène. De même que la santé et la maladie, les fonctions de l'intelligence et de la connaissance, les affections morales, les passions, etc., à l'état normal et pathologique, dépendent de la nature de l'air, extérieur et intérieur à l'organisme, et des troubles résultant de l'état de vacuité ou de pléthore des humeurs (pituite, bile, sang) contenues dans les veines.

Autant donc la pensée est favorisée par un air sec et chaud, autant elle est troublée et paralysée par des vapeurs humides, et c'est pourquoi l'intelligence est particulièrement altérée dans le sommeil et dans l'ivresse ; bref, nous pensons par un air pur et chaud (τῷ ἀέρι καθαρῷ καὶ ξηρῷ) (1). Outre tous ces détails de faits et de doctrines qu'on retrouve au fond identiques dans le Περὶ ἱερῆς νούσου, j'appelle l'attention sur l'étiologie des différentes affections mentales, des délires, de la folie, chez Diogène d'Apollonie ; ces maladies sont également pour lui la suite d'un excès de l'humide et du dense sur le

(1) Théophraste. *De sensu*, 44.

©BIUM

sec et le chaud. On peut même invoquer, préoccupation constante chez les physiologues grecs, des considérations d'anatomie et de physiologie comparées relatives aux conditions physiques de l'intelligence chez les poissons, les oiseaux, les quadrupèdes, l'enfant, l'adulte : ainsi, durant toute la première enfance, où l'humide prédomine dans le corps (donc dans le cerveau), l'homme est un être à peu près dénué de raison (τὰ παιδία ἄφρονα). Conséquent avec le principe même de l'hylozoïsme, Diogène attribuait aux métaux et aux minéraux, comme aux plantes et aux animaux, la première des fonctions vitales, la respiration, impliquant toutes les autres à quelque degré (1). Aussi bien, quand pour expliquer la puissance attractive de la pierre d'aimant, Thalès de Milet lui attribuait une âme, cela revenait à dire qu'il considérait cette pierre comme un être animé (2).

Lorsqu'on a longtemps vécu dans la méditation des antiques philosophèmes des physiciens de l'Ionie, qu'on s'est habitué à la profondeur de la pensée de ces maîtres de toute science et de toute sapience, exprimée dans un idiome simple et sobre, d'une concision parfois un peu héraclitéenne, on a le sentiment des différences qui distinguent les physiologues des VII^e^ et VI^e^ siècles d'avec les philosophes et les médecins de l'époque d'Hippocrate, surtout de l'âge postérieur, auquel appartient l'auteur du traité de *la Maladie sacrée*.

(1) Après l'exposition des théories fort explicites d'Empédocle et de Démocrite sur l'attraction du fer par l'aimant, Alexandre d'Aphrodisias expose celle de Diogène d'Apollonie. Textes et discussion dans Jules Soury, *Système nerveux central*, I. 67, n. 1.

(2) Aristote. *De an.*, I, II, 14 : τὸν λίθον ἔφη ψυχὴν ἔχειν, ὅτι τὸν σίδηρον κινεῖ.

IV

Jusqu'ici je me suis attaché à montrer l'origine et la formation historique des connaissances scientifiques de ce iatrosophiste. On se ferait une étrange illusion si, prenant à la lettre ce qu'ont écrit de cette œuvre quelques savants de nos jours, on s'attendait à voir se lever de la collection hippocratique un neurologiste. Tout érudit versé dans la connaissance des livres de médecine antérieurs à l'époque de l'Ecole d'Alexandrie a été frappé, comme l'a été notre Littré, de l'« absence de toute mention du système nerveux » dans l'ancienne physiologie : « Les Hippocratistes, malgré leurs connaissances médicales, malgré leur habileté dans la pratique, et quoiqu'ils fussent placés dans le siècle brillant de Périclès, ne savaient pas qu'il y eût des nerfs ou que ces nerfs servissent à quelque chose. »

Quand donc, sans bien entendre ce qu'on dit, on répète que l'auteur du traité de *la Maladie sacrée* a localisé dans le cerveau toutes les fonctions intellectuelles et morales, on use d'une façon de parler inadéquate, en tout cas, avec ce que tout le monde entend aujourd'hui par ces mots. On ajoute encore, comme une nouveauté, que cet auteur a revendiqué pour toutes les maladies une cause naturelle, et qu'il a dénoncé, comme des superstitions, les purifications, incantations et autres artifices magiques auxquels on recourait souvent pour guérir l'épilepsie, maladie divine, mal envoyé par les dieux. « Cette maladie, déclarait l'auteur, n'a rien de plus sacré qu'une autre, quoiqu'elle ne ressemble en rien aux autres maladies (§ 1). »

Cependant l'origine naturelle de toutes les maladies avait été clairement reconnue par Hippocrate dans le traité, authentique, *des Airs, des eaux et des lieux* :

©BIUM

« Aucune maladie ne se produit sans cause naturelle » (Οὐδὲν ἀνευ φύσιος γίγνεται. § 22). C'est que « chaque chose est produite conformément aux lois naturelles » (γίγνεται δὲ κατὰ φύσιν ἕκαστα) : aphorisme qui exprime, pour tous les siècles, l'expérience de l'entendement humain, conception qui résume toute la philosophie, non seulement des anciens Grecs, mais de la science moderne, et qui, dans Aristote, a trouvé sa formule suprême : « Rien n'arrive contrairement à la nature éternelle et où tout est nécessaire (1). »

Un point de doctrine, et j'ajoute d'observation, qui n'a guère été mis en lumière malgré son importance capitale, dans le traité de *la Maladie sacrée*, c'est que l'épilepsie, ainsi d'ailleurs, suivant l'auteur, que les autres maladies, a pour cause l'hérédité. Mais ici encore le principe sur lequel repose cette doctrine est, mot pour mot, emprunté à Hippocrate (2). Le développement du dogme hippocratique est toutefois intéressant : « Si, dit l'auteur du Περὶ ἱερῆς νούσου, d'un phlegmatique naît un phlegmatique, d'un bilieux un bilieux, d'un phtisique un phtisique, d'un individu à rate malade un individu à rate malade, qui empêche que la maladie dont le père ou la mère a été affecté n'affecte aussi quelqu'un des enfants? Car la semence vient de toutes les parties du corps, saine des parties saines, malade des parties malades. » Or, l'épilepsie survient naturellement chez les phlegmatiques et n'attaque pas les bilieux. La raison, c'est que la surabondance du phlegme descen-

(1) *De anim. gener.*, IV, iv, 770. Περὶ γὰρ τὴν ἀεὶ καὶ τὴν ἐξ ἀνάγκης οὐθὲν γίνεται παρὰ φύσιν.

(2) Hippocrate. *Des Airs, des eaux*, etc., § 14. Ὁ γὰρ γόνος πανταχόθεν ἔρχεται τοῦ σώματος, ἀπό τε τῶν ὑγιηρῶν ὑγιηρὸς, ἀπό τε τῶν νοσερῶν νοσερός. — *De la Maladie sacrée*, § 2. Ὡς ὁ γόνος ἔρχεται πάντοθεν τοῦ σώματος ἀπό τε τῶν ὑγιηρῶν ὑγιηρὸς, ἀπό τε τῶν νοσερῶν νοσερός.

dant du cerveau ralentit ou intercepte, dans les veines, la circulation de l'air.

Nous devons nous borner à ces remarques sur la nature et l'étiologie de l'épilepsie idiopathique. Aussi bien la cause véritable de cette névrose est toujours ignorée. Les hypothèses naturellement ne manquent pas ; aucune n'est parvenue à s'imposer. La symptomatologie de cette affection n'a rien, chez notre auteur, qui mérite de nous arrêter. Seule, la discussion de quelques explications touchant le mode de production des attaques et des troubles consécutifs de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence relève de la présente étude sur la nature et la localisation des fonctions psychiques dans le Περὶ ἱερῆς νούσου.

Nous avons dit l'importance des veines dans cette pathogenèse de l'épilepsie, rappelé l'histoire des théories anatomiques et physiologiques sur le système veineux, décrit celle ici adoptée par l'auteur (§ 3-4). Un rapprochement s'impose encore avec un autre livre de la collection hippocratique : le traité *des Vents*. Quelle que soit l'importance accordée au sang, considéré dans ce traité comme le principal facteur de l'intelligence, la thèse soutenue est cependant celle-ci : Dans toutes les maladies, en particulier dans la maladie sacrée, les vents (αἱ φῦσαι) sont des agents principaux ; l'air, souverain dans le reste, l'est aussi dans le corps des animaux. L'air, et un air impur, distend-il outre mesure les grosses veines pleines de sang et y stagne-t-il, le sang ralentit son cours, s'arrête, se coagule ; alors éclate l'attaque d'épilepsie, avec son cortège de perte de connaissance, de convulsions, d'anesthésie, d'analgésie, etc. L'épileptique revient à lui quand le sang, échauffé par les spasmes de tout le corps, élève la température de l'air des veines, et quand cet air, sous cette influence, dissolvant la coagulation intraveineuse du

©BIUM

sang, sort du corps, entraîné avec le phlegme (§ 14-16).

Pour l'auteur du traité de *la Maladie sacrée*, « le cerveau est l'origine de cette maladie, comme de toutes les autres très grandes maladies » ; elle commence dans l'embryon. Voici l'interprétation qu'il donne de cette doctrine. La théorie de la purgation du cerveau dans l'utérus enseignait que, si cette κάθαρσις faisait défaut, le sujet, de nécessité phlegmatique, devait devenir épileptique. Si, au contraire, la pituite, sécrétion normale de la glande appelée cerveau, et dont l'économie aurait dû se débarrasser à l'époque fœtale, trouvait quelque moyen, en se déchargeant, de purger l'encéphale par des écoulements salivaire, nasal, otique, de l'enfant, le sujet en avançant en âge serait préservé des suites de la pléthore initiale du cerveau ; si cette κάθαρσις tardive n'avait pas lieu, il était donc fort exposé à devenir épileptique (§ 5). Ajoutez que, selon que le flux pituitaire descendra ainsi en excès sur le poumon, le cœur ou l'abdomen, le sujet sera pris de dyspnée, de palpitations, etc. (§ 6) (1). Paralysie, contracture, amyotrophie des extrémités et de la face, tels sont les accidents consécutifs aux convulsions des jeunes enfants. Chez l'adulte, où le calibre des veines est plus large, la pituite qui envahit ces canaux ne peut, en les refroidissant, aller jusqu'à coaguler le sang, abondant et chaud à cet âge : l'air continue à circuler ; l'intelligence persiste. Mais, chez les vieillards, si la pituite est sécrétée

(1) Cf. *Des Lieux dans l'homme*, § 10, où il est traité des sept fluxions venant de la tête ; *des Chairs*, § 16 ; *des Glandes*, § 12 : « Ces fluxions purgent le cerveau et le reste du corps. Mais, si elles sont retenues, elles sont un mal pour le cerveau et le reste du corps. En ce cas, indépendamment des sept catarrhes, le cerveau lui-même est exposé à deux affections : si la matière est âcre, il est frappé d'apoplexie ; si la matière retenue n'est pas âcre, la raison se dérange et il y a délire et hallucinations. » (*Sommaire*, Littré, Œuvres d'Hippocrate, VIII, 566.)

en excès et qu'elle obstrue les veines et coagule le sang, aqueux et froid, l'épilepsie entraîne la paralysie ou la mort.

Tous ces symptômes, l'auteur de *la Maladie sacrée* les attribue à la pénétration en excès, dans les veines, du phlegme, humeur froide et visqueuse, s'opposant à l'arrivée de l'air au cerveau et suspendant la respiration. Des deux modes d'aérifération de l'organisme, l'un consiste dans la pénétration de l'air atmosphérique dans le cœur par la trachée-artère, mais l'autre, dans l'arrivée de l'air ambiant par les narines à l'intérieur de la tête, aux ventricules cérébraux : « Quand on aspire le souffle par la bouche et les narines, ce souffle va d'abord au cerveau (πρῶτον μὲν ἐς τὸν ἐγκέφαλον ἔρχεται), puis la plus grande partie va dans le ventre et le reste dans le poumon et dans les veines ; de là il se répand par les veines dans les autres parties (§ 7). » Or, l'air (ὁ ἀήρ) qui pénètre dans les ventricules et dans le cerveau produit surtout l'intelligence et la motilité volontaire (1). La perte de la connaissance comme celle de la voix, dans l'attaque, résultent du fait que l'air est chassé des veines par l'écoulement du phlegme dans ces canaux. Les convulsions cloniques et toniques du corps, la déviation des muscles oculaires, ont même cause.

Arrivé à la partie du livre de *la Maladie sacrée* qui a valu tant d'applaudissements à son auteur parmi les

(1) Je lis ici avec Kühn, *Hippocr. opera*, XXI, 600, non avec Littré. Outre les traductions de Kühn et de Littré, je me suis servi de celle de Robert Fuchs, *Hippocrates, sämmtliche Werke*. München, 1897, II, 547 sqq. Dans la traduction des derniers chapitres du Περὶ ἱερῆς νούσου, où se trouve surtout traité le thème de cette étude, j'ai pu, comme il arrive, grâce à l'époque où j'écris, et peut-être aussi à quelque familiarité du sujet, rencontrer çà et là une interprétation plus adéquate. Mais, tout le mérite de l'intelligence de ce vieux texte de la collection hippocratique revient à mes devanciers.

©BIUM

neurologistes contemporains, il convient de lui laisser la parole. Chaque mot du texte de ces derniers chapitres a déjà été commenté dans ce qui précède ; aucune illusion ne peut plus s'élever, soit de la nouveauté apparente des doctrines, soit de l'équivoque, purement verbale, qui si longtemps a régné, chez les historiens et les critiques, touchant la nature propre et la localisation cérébrale de l'intelligence dans le Περὶ ἱερῆς νούσου.

§ 14. « Mais il faut que les hommes sachent que d'aucune autre partie que de là [du cerveau] nous viennent les plaisirs, les joies, les ris et les jeux, et aussi la douleur morale, les peines, l'humeur sombre et chagrine, les gémissements et les larmes. C'est par là surtout que nous pensons, comprenons, voyons, entendons, que nous connaissons le laid et le beau, le mal et le bien, l'agréable et le désagréable, soit que nous distinguions ces choses par les conventions d'usage, soit que nous les reconnaissions par l'utilité qu'elles nous procurent ; par là distinguant aussi le plaisir et le déplaisir, selon l'occurrence les mêmes choses ne nous plaisant pas. C'est encore par là que nous sommes pris et de folie et de délire, que des craintes et des terreurs nous assiègent, soit la nuit, soit après la venue du jour, des songes, des terreurs importunes, des soucis sans motifs, l'ignorance du présent, l'inhabitude, l'inexpérience (1). Tout cela nous l'éprouvons par le cerveau lorsqu'il n'est pas sain, c'est-à-dire lorsqu'il est ou plus chaud ou plus froid qu'à l'état naturel, ou trop humide ou trop sec ou quand il a éprouvé quelque autre affection contre nature à laquelle il n'est pas habitué. La folie provient de son humidité : en effet, quand le cerveau est plus humide que de nature, il doit de nécessité se mouvoir, et lorsqu'il a été ainsi mû, ni la vue, ni l'ouïe ne se peuvent fixer : le cerveau voit et entend tantôt une chose, tantôt une autre, et la langue exprime ce qu'il voit et entend à chaque instant. Mais tout le temps que le cerveau demeure dans le repos, l'homme a sa connaissance.

§ 15. « La pituite ou la bile peuvent altérer gravement le

(1) Ἀηθίη et ἀπειρίη. Ces deux derniers mots, ainsi traduits par Littré, me semblent correspondre à des états aujourd'hui assez bien définis en psychiatrie : confusion mentale et apraxie.

cerveau : dans le premier cas, les aliénés sont paisibles, ils ne crient ni ne s'agitent ; les autres crient, sont malfaisants, toujours agités, toujours occupés à faire quelque mal. Voilà les causes quand la folie est continue. Mais si des craintes et des terreurs apparaissent, cela arrive par l'effet d'un changement qu'éprouve le cerveau ; or, le cerveau subit un changement quand il s'échauffe, et il s'échauffe, à cause de la bile, quand cette humeur se précipite du corps sur le cerveau par les veines sanguines ; la crainte dure jusqu'à ce que cette bile rentre dans les veines et dans le corps ; elle cesse ensuite. Mais le malade est triste et angoissé sans motif quand le cerveau se refroidit et se contracte extraordinairement ; c'est là un effet de la pituite ; cette affection produit encore la perte de la mémoire. Il crie au contraire et vocifère la nuit si le cerveau s'échauffe subitement, — chez les bilieux, non chez les phlegmatiques ; il s'échauffe quand le sang afflue abondamment au cerveau et y bouillonne. Le sang arrive en grande quantité par les veines susdites quand le patient se trouve avoir un songe effrayant qui le frappe de terreur. De même donc que, chez l'homme qui veille, le visage s'enflamme et les yeux rougissent quand il éprouve de la crainte et que l'esprit médite quelque action violente, ainsi arrive-t-il dans le sommeil. Mais dès qu'il s'éveille, il revient à la raison et le sang se disperse de nouveau dans les veines susdites ; il se calme.

§ 16. « Pour ces raisons, j'estime que le cerveau possède chez l'homme la plus grande puissance, car il nous est, lorsqu'il est sain, l'*interprète* (ἑρμηνέυς) des effets que l'air produit ; *or, l'air lui prête et donne l'intelligence* (τὴν δὲ φρόνησιν αὐτῷ ὁ ἀὴρ παρέχεται). Les yeux, les oreilles, la langue, les mains, les pieds exécutent ce que le cerveau connaît ; chaque corps possède autant de raison qu'il participe à l'air. Pour l'intelligence, le cerveau est l'*intermédiaire* (ἐς δὲ τὴν ξύνεσιν ὁ ἐγκέφαλός ἐστιν ὁ διαγγέλλων). Quand l'homme a attiré en lui le πνεῦμα, celui-ci arrive d'abord au cerveau, et l'air (ὁ ἀὴρ) se répand ainsi dans le reste du corps, après avoir laissé dans le cerveau son énergie la plus intense, l'intelligence et la connaissance qu'il avait. Si, en effet, l'air s'était d'abord rendu dans le corps, puis ensuite au cerveau, il aurait laissé son discernement dans les chairs et dans les veines ; il serait arrivé échauffé au cerveau, non plus pur, mais mêlé à l'humeur provenant des chairs et du sang, de sorte qu'il n'aurait plus eu ses qualités parfaites.

§ 17. « Je dis donc que le cerveau sert d'interprète à l'intel-

©BIUM

ligence. C'est à tort que le diaphragme est ainsi dénommé (αἱ φρένες) : il ne doit son nom qu'au hasard et à l'usage, non à la réalité ni à la nature. Je ne saurais apercevoir quelle influence le diaphragme pourrait avoir pour la pensée et l'intelligence. A la vérité, quand on éprouve à l'improviste un excès de joie ou de chagrin, il tressaille et s'agite, mais cela tient à son peu d'épaisseur et à ce que dans le corps il est le plus étendu en largeur; il n'a point de cavité où il puisse recevoir le bien ou le mal survenant; il est troublé par l'un et par l'autre à cause de la faiblesse de sa nature. Il ne perçoit absolument rien avant les autres parties du corps, et c'est en vain qu'il a un tel nom et une telle attribution, exactement comme sont appelées oreillettes ces annexes du cœur qui n'ont rien à faire avec l'audition.

« D'autre part, quelques-uns soutiennent que c'est par le cœur que nous sommes intelligents et que c'est lui qui éprouve les chagrins et les soucis. Il n'en est rien : le cœur se contracte comme le diaphragme, et davantage encore, pour ces causes-ci : des veines se rendent de tout le corps au cœur, et il les tient fermées, de sorte qu'il sent toutes les fois que quelque douleur ou quelque effort se produit dans l'homme. En effet, dans la douleur, le corps doit de nécessité frémir et se contracter et il doit éprouver la même chose dans l'excès de la joie. Voilà pourquoi le cœur surtout et le diaphragme sentent. Toutefois, ni l'un ni l'autre n'a part à l'intelligence; mais de tout ce que j'ai dit, le cerveau est la cause.

« Donc, de même que le cerveau perçoit le premier entre toutes les parties du corps la raison provenant de l'air, de même, s'il arrive quelque changement notable dans l'air par l'effet des saisons, et que l'air devienne différent de lui-même, le cerveau, le premier, en reçoit l'impression. C'est pourquoi je maintiens que le cerveau est exposé aux maladies les plus aiguës, les plus graves, les plus dangereuses *quoad vitam*, et les plus difficiles à diagnostiquer pour les médecins inexpérimentés. »

CONCLUSION

La vie, les sensations et l'intelligence sont, pour l'auteur du Περὶ ἱερῆς νούσου, des propriétés immanentes de l'air extérieur ou intérieur à la tête, et non du parenchyme cérébral, que nous décomposons en tissus, et

dont l'analyse histologique se résout en neurones et en névroglie. Cette distinction n'a guère été faite ; les biologistes ont constaté sans plus que, dans ce livre, le cerveau est l'organe de l'intelligence. Cette façon de parler, employée à la fois par l'auteur ancien et par quelques neurologistes contemporains, possède chez celui-là et chez ceux-ci un sens fort différent. Ainsi formulée, cette doctrine n'exprime pas la vérité antique. Aussi longtemps que l'équivoque persiste, elle ne peut qu'induire en erreur les hommes de notre temps qui entendent ces paroles au sens qu'elles ont aujourd'hui dans les livres d'anatomie et de physiologie cérébrales.

Si donc, contrairement aux auteurs qui, comme Aristote, ont localisé dans le cœur le siège de l'âme, l'auteur du traité de *la Maladie sacrée* place dans le cerveau les fonctions intellectuelles et morales, c'est là un point de doctrine qui, pour être compris et demeurer vrai, doit être interprété comme nous l'avons fait, c'est-à-dire dans un sens fort différent de l'opinion vulgaire. Ce n'est point dans la substance du cerveau qu'aucun hippocratiste, non plus sans doute que Galien lui-même, qui si souvent hésite entre les ventricules et le « corps du cerveau » pour y localiser le siège de l'ἡγεμονικόν, a localisé les fonctions de la pensée, des passions et des sentiments. La doctrine de notre traité s'explique uniquement par la connaissance des philosophèmes d'Anaximène et de Diogène d'Apollonie sur la nature et les propriétés de l'air.

Dire que le cerveau, lorsqu'il est sain, c'est-à-dire non surchargé de phlegme et d'autres humeurs, est « l'interprète » de l'intelligence, c'est dire qu'il nous fait connaître, comme un « intermédiaire », la nature des propriétés d'ordre psychique de l'élément unique de l'univers, vivant, sentant, pensant, lequel est ici l'air. L'intelligence, que le cerveau, cet intermédiaire, mani-

©BIUM

feste à la façon d'un interprète, c'est l'air seul qui l'apporte du dehors dans l'organisme, et chaque homme est intelligent dans la mesure où il participe de ces propriétés de l'air. Lorsque, par l'effet de la respiration, l'air se répand d'abord dans le cerveau avant de se disperser dans le reste du corps, il y laisse son énergie la plus intense, l'intelligence, la connaissance et la raison qui sont, encore une fois, ses propriétés, non celles du cerveau.

Si l'air se dispersait dans le corps avant de se répandre dans le cerveau, il abandonnerait dans les chairs et dans les veines cette acuité d'énergie psychique qui le constituait, il n'arriverait plus au cerveau qu'échauffé et altéré, selon les expressions mêmes du traité, pour s'être mêlé au sang et aux autres humeurs de l'organisme : il ne posséderait plus ses qualités à l'état de pureté parfaite.

L'air, matière de l'univers éternel, est un corps ; ses propriétés biologiques et psychiques, vie, sensibilité, intelligence, ne sont point des qualités d'une substance incorporelle. Le dualisme de l'esprit et du corps, ce scandale de la philosophie moderne, demeura inconnu aux physiologues ioniens, aux physiciens hylozoïstes et monistes les plus anciens. Et c'est bien ce que confirme le plus savant et le plus pénétrant des historiens de la science et de la philosophie helléniques, Aristote : « Tous les anciens ont admis que la pensée, comme la sensation, était corporelle », πάντες γὰρ οὗτοι τὸ νοεῖν σωματικὸν ὥσπερ τὸ αἰσθάνεσθαι ὑπολαμβάνουσιν. *De an.*, III, III, 427.

©BIUM

Pathologie.

DE L'ALIÉNATION MENTALE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par le Dr C. ROUGÉ
Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux.

Suite et fin (1).

III. — De l'aliénation mentale consécutive a la fièvre typhoïde chez les enfants.

La fièvre typhoïde, très rare durant les deux premières années de la vie, augmente graduellement de fréquence avec l'âge. Si cette affection est, généralement, assez bénigne à cette période de la vie, il n'en est pas moins vrai que les complications méningitiques sont encore assez fréquentes. Ces complications ont, chez les enfants, des effets d'autant plus graves qu'ils sont moins avancés en âge, et ces effets sont, le plus souvent, irréparables.

La folie, proprement dite, est très rare chez les enfants, consécutivement à la fièvre typhoïde. Sur les quinze observations que nous avons recueillies sur des

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1907.

©BIUM

sujets de deux à dix ou onze ans (seconde enfance), nous n'en trouvons qu'un seul exemple, celui de l'observation XXIV.

Les facultés intellectuelles, consécutivement à la fièvre typhoïde, au lieu d'être perverties comme chez l'adulte, subissent chez eux un arrêt de développement, affectant plusieurs degrés, depuis la simple faiblesse d'esprit jusqu'à l'idiotie la plus complète.

Après les affections cérébrales, la cause la plus fréquente de l'idiotie acquise est certainement la fièvre typhoïde. La tare héréditaire est parfaitement inutile pour produire ce résultat : sur nos quinze observations, nous trouvons douze cas où cette tare doit être écartée, un cas suspect et deux sans renseignement à ce sujet. Il faut croire, néanmoins, que l'aliénation mentale est beaucoup plus à craindre lorsque cette maladie survient chez un sujet prédisposé. On connaît l'histoire, racontée par Morel, de cette famille composée de huit enfants et chez lesquels existaient plusieurs prédispositions héréditaires ; ils furent, tous, atteints successivement par la fièvre typhoïde : quatre restèrent complètement sourds avec un grand affaiblissement des facultés intellectuelles ; chez les quatre autres, il y eut des délires consécutifs.

On a pu constater, dans plusieurs de nos observations, que les organes des sens sont souvent atteints à un degré plus ou moins prononcé : la parole est presque toujours plus ou moins défectueuse, les lésions de l'ouïe nous paraissent venir après pour la fréquence, la vue est plus souvent respectée. Il nous paraît évident que les nerfs des sens ont participé, dans ces cas, à l'inflammation du cerveau et des méninges.

J'ai déjà dit que le pronostic de ces complications cérébrales est d'autant plus grave, toutes proportions gardées, que l'âge des enfants est moins avancé. Il y

aurait à cela deux raisons : l'une, d'ordre physique, le développement des os du crâne moins imparfait à mesure que l'on s'éloigne de la naissance ; l'autre, d'ordre intellectuel, les acquisitions intellectuelles étant plus nombreuses chez les enfants plus âgés, ceux-ci risquent, dans ce naufrage, d'en sauver une plus grande partie.

Mais l'idiotie n'est pas la seule infirmité que la fièvre typhoïde puisse laisser à sa suite chez les enfants. Une autre infirmité, aussi triste, en est aussi quelquefois la conséquence, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de nos observations. Nous en trouvons six, en effet, où des attaques d'épilepsie ont succédé à la dothiénentérie.

Ces attaques ont été toujours associées à l'idiotie. Dans trois cas, l'épilepsie a été la première manifestation ; dans les trois autres, l'épilepsie est venue, plus tard, compliquer l'idiotie.

Nos deux observations XVII et XVIII prouvent que la fièvre typhoïde peut être aussi une cause d'épilepsie chez l'adulte et chez l'adolescent. La première est relative à une jeune femme qui, à l'âge de vingt ans, à la suite d'un premier accouchement et pendant l'allaitement, fut atteinte d'une fièvre typhoïde qui aurait été suivie de crises hystériformes et de troubles mentaux ayant nécessité son internement à l'asile de Montpellier. Internée pour la seconde fois à l'asile de Limoux, elle y eut son deuxième enfant. L'accouchement fut suivi de convulsions que j'attribuai alors à l'éclampsie. Plus tard, l'épilepsie fut manifeste ; elle dure encore. Il me paraît évident que les crises dites hystériformes et les convulsions d'apparence éclamptique n'étaient, en somme, que des attaques d'épilepsie. La seconde a trait à un garçon qui fut atteint, à l'âge de quinze ans et demi, d'une fièvre typhoïde suivie d'attaques d'épilepsie et, plus tard, de démence.

©BIUM

Cette cause d'épilepsie nous paraît avoir été méconnue jusqu'à ces dernières années. Nos observations viennent, jusqu'à un certain point, corroborer une opinion émise récemment par M. Marie et que nous trouvons relatée dans une leçon de M. le professeur Rauzier, de Montpellier, sur le traitement de l'épilepsie essentielle (1905). « Les infections, d'après M. Marie, exerceraient une influence absolument prépondérante sur la genèse du mal comitial et mériteraient même de supplanter l'hérédité dans le rôle important qu'on lui a jusqu'ici attribué. »

La plupart des infections aiguës intercurrentes ont, généralement, une influence favorable sur la marche de l'épilepsie. La fièvre typhoïde et la grippe appelleraient, au contraire, les attaques, soit pendant la phase fébrile, soit pendant la convalescence (Rauzier, *loc. cit.*). Pour ma part, je n'ai jamais observé la fièvre typhoïde chez les épileptiques ; mais je trouve dans la thèse de Heuzé deux cas qui confirment cette opinion.

Dans le premier, les attaques d'épilepsie ont repris leur fréquence habituelle, comme avant la fièvre typhoïde ; mais le sujet qui avait été pris de délire maniaque pendant cette maladie est resté maniaque, incohérent, violent, dangereux, et son état a été, par suite, aggravé.

Dans le second cas, la fièvre typhoïde a amené une augmentation dans le nombre et l'intensité des attaques et des impulsions au suicide.

IV. — De la fréquence des troubles mentaux consécutifs a la fièvre typhoïde. Des formes mentales qu'ils affectent.

Jacobi, cité par Griesinger, attribue aux suites de la fièvre typhoïde un huitième environ des cas de manie

qu'il a observés. Griesinger doute que la proportion soit aussi considérable. Il est permis de se demander, en effet, d'abord, s'il s'agissait de véritables fièvres typhoïdes dans tous ces cas, et, ensuite, si cette maladie était pour quelque chose dans l'éclosion de la manie. La statistique de Berzmann (1) qui, sur 197 cas de folie, aurait trouvé 75 fois la fièvre typhoïde comme cause unique et principale, mérite la même appréciation.

Forget, au contraire, prétend que la folie consécutive à la fièvre typhoïde est fort rare. C'est aussi l'opinion de M. Christian : « La fièvre typhoïde, dit-il, est, du reste, la maladie aiguë à la suite de laquelle la folie sous toutes ses formes a été signalée le plus fréquemment ; et cependant, elle doit être très rare, sinon, comment Louis, Chomel, Forget, ne l'auraient-ils jamais ou presque jamais rencontrée, la fièvre typhoïde étant une des maladies les plus fréquentes et les plus répandues ? » Je répondrai à M. Christian que ces auteurs prenaient leurs observations dans les hôpitaux et qu'ils perdaient nécessairement les malades de vue après la guérison de leur dothiénentérie. Ce n'est pas dans les hôpitaux, mais bien dans les asiles d'aliénés, qu'on peut être renseigné à ce sujet. Malheureusement, il est souvent bien difficile de se procurer des renseignements exacts.

Au dire de Griesinger, sur 500 aliénés, Schlager en a trouvé 22 chez qui la folie était consécutive à la fièvre typhoïde. Sur 2.000 malades interrogés à ce point de vue, Griesinger en a trouvé 43 devenus fous après ou dans la suite.

M. Christian rapporte aussi que sur 2.000 aliénés environ reçus à l'asile de Montdevergues, de 1860 à 1872, il y en avait 30 dont la folie avait éclaté à la

(1) Reddon. *Thèse* de Paris, 1882.

©BIUM

suite d'une maladie aiguë, et, dans 11 cas, cette maladie aiguë était la fièvre typhoïde.

Ma statistique se rapproche beaucoup de la précédente : sur 2.599 aliénés admis à l'asile de Limoux, de 1862 à 1892, j'en ai trouvé 13 dont la cause présumée était la fièvre typhoïde. Sur 1.369 aliénés admis pour la première fois dans le même établissement de 1894 à 1905, j'en ai trouvé 83 chez lesquels la folie était consécutive à une maladie. Parmi ces maladies, la fièvre typhoïde vient en tête, 21 cas. Viennent après : les suites de couches, 13 cas ; les affections cérébrales, 11 ; la grippe, 5.

Je crois, comme M. Christian, qu'il faut considérer ces chiffres, seulement, comme approximatifs, car les renseignements laissent souvent à désirer.

Formes mentales. — A part les arrêts de développement qui sont presque la règle dans l'enfance, on peut dire que chez l'adulte la folie consécutive à la fièvre typhoïde peut revêtir toutes les formes mentales connues. En additionnant les 10 cas de délire de la convalescence passés à l'état chronique qui se trouvent relatés dans mon précédent mémoire, les 13 cas de ma statistique de 1862 à 1892 et les 41 cas rapportés à la fin de ce mémoire, je trouve : arrêts de développement, 21 cas (décomposés ainsi : enfants arriérés, 3 ; imbéciles, 14 ; idiots, 4) ; manie, 14 cas ; lypémanie, 4 ; démence, 5 ; paralysie générale, 5 ; confusion mentale, 3 ; stupidité, 3 ; délires de persécution, 4 ; monomanie ambitieuse, 1 ; hallucinations, 1 ; amnésie complète, 1.

V. — Observations.

Les vingt premières me sont personnelles. Les suivantes sont empruntées à divers auteurs avec indication de la source où j'ai puisé.

Obs. I. — Délire post-typhique immédiat.

B...., Elisabeth, vingt-trois ans, entrée à l'asile de Limoux le 17 mars 1889.

A l'âge de sept ans, fièvre typhoïde immédiatement suivie d'une déchéance des facultés intellectuelles et de perversion des sentiments affectifs et moraux.

A l'âge de dix-neuf ans, crise de nymphomanie; plus tard, idées de suicide.

A l'asile, signes d'imbécillité. Sortie dans le même état le 20 juin 1894.

Obs. II. — Délire post-typhique immédiat.

V..., Louis, était âgé de six ans lorsqu'il fut atteint, le 20 novembre 1891, d'une fièvre typhoïde très grave. Au septième jour de sa maladie, il fut pris d'un délire hallucinatoire qui fit bientôt place à un état comateux avec perte complète de l'intelligence. Il entra en convalescence à la fin de décembre. Je n'avais plus revu ce malade, ni entendu parler de lui, lorsqu'il est venu me trouver, cette année, pour me demander un certificat à présenter au conseil de revision. J'ai appris alors, par le professeur qui lui faisait la classe en 1891, que cet enfant était auparavant très intelligent, mais que la fièvre typhoïde lui laissa une dureté de l'ouïe et un peu d'affaiblissement intellectuel; son intelligence était devenue un peu au-dessous de la moyenne. Cet état mental persiste encore actuellement. Pas d'hérédité mentale.

Obs. III. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

A..., Thérèse, vingt-neuf ans. Entrée à l'asile de Limoux le 3 septembre 1892.

A l'âge de dix-neuf ans, fièvre typhoïde compliquée d'accidents cérébraux. Trois ans après, en 1885, attaque de choléra. A eu six enfants. Elle allaitait le dernier lorsque la folie a débuté brusquement, le 24 août 1892, par un délire mystique avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, et agitation maniaque.

A l'asile, elle a présenté pendant longtemps les symptômes d'une vive agitation maniaque. Sortie améliorée, le 12 mai 1894, sur la demande de son mari; n'a pas été réintégrée, ce qui porte

©BIUM

à penser qu'elle a fini par guérir. Pas d'antécédents héréditaires au point de vue mental.

Obs. IV. – Délire post-typhique immédiat.

E..., Marie, vingt-trois ans. Entrée à l'asile de Limoux en mars 1893.

A l'âge de vingt et un ans (octobre 1892), elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde très grave, avec délire violent, eschares profondes, etc. Les troubles ont augmenté à mesure que la fièvre diminuait et la maladie a laissé des troubles cérébraux permanents avec atrophie du système musculaire et paralysie des muscles. Progressivement, les mouvements sont revenus, entièrement dans les membres supérieurs, en partie seulement dans les membres inférieurs. Pendant longtemps, obtusion complète de l'intelligence. Ce dernier état s'est amélioré aussi progressivement.

A son arrivée à l'asile, la malade était dans une demi-stupeur, ne répondant que par monosyllabes et ne parlant que pour demander le vase, car elle n'était pas gâteuse. Amnésie complète. Les muscles des jambes ont presque complètement disparu, tandis que les articulations sont plus ou moins ankylosées. A la fin de l'année, amélioration physique et intellectuelle : la malade cause un peu et commence à marcher seule, quoique la démarche soit encore bien chancelante.

En 1906, les jambes sont plus solides, quoiqu'elle les jette encore un peu, pour lui permettre d'aller et venir dans son quartier; l'intelligence a fait aussi quelques progrès : deux fois par an elle écrit à ses parents des lettres convenablement rédigées; elle fait la lecture aux autres malades et leur rend les services qu'on lui commande. Pas d'hérédité mentale.

Obs. V. — Délire post-typhique immédiat.

S..., Pierre. Entré à l'asile de Limoux le 24 avril 1894, âgé de vingt-trois ans.

A l'âge de onze ans, fièvre typhoïde très grave, qui dura trois mois, et durant laquelle il perdit la connaissance et le mouvement. Avant la maladie, son intelligence était ordinaire; après la maladie elle ne revint pas, et, peu de temps après, survinrent des attaques d'épilepsie, d'abord légères, mais qui devinrent de plus en plus fortes. A l'asile, épilepsie et imbécillité. Pas d'hé-

rédité mentale. Mort, le 7 octobre 1894, à la suite d'attaques d'épilepsie.

Obs. VI. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

C..., Joséphine, dix-sept ans. Entrée à l'asile de Limoux le 2 mai 1894.

En juillet 1893, elle est atteinte d'une fièvre typhoïde très forte qui a duré deux mois, avec un peu de délire, mais sans perdre entièrement la connaissance, bien qu'elle ait été privée quelque temps de l'usage de la parole.

Après la guérison de la fièvre typhoïde, Joséphine C... a recouvré complètement la raison et l'a gardée intacte jusqu'au 16 mars 1894, c'est-à-dire pendant sept mois. La maladie mentale actuelle aurait débuté : « par un délire aigu avec idées de persécution et actes de violence menaçants pour la sécurité publique ». A l'hospice de Perpignan, idées d'empoisonnement et de mort; tout le monde lui en veut, etc.

A l'asile de Limoux, symptômes de mélancolie anxieuse.

Sortie, à titre d'essai, le 13 septembre 1894, « très améliorée ». Sortie définitive quelque temps après, la guérison étant consolidée.

Antécédents héréditaires : son grand-père, qui vit encore, est passé par l'asile de Limoux, d'où il est sorti parfaitement guéri.

Obs. VII. — Délire post-typhique immédiat.

N..., Julie, vingt-quatre ans. Entrée, le 31 janvier 1896, à l'asile de Limoux.

Elle était enceinte de cinq mois lorsque, le 7 septembre 1895, elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde très grave, à forme cérébrale. Le délire a paru dès le début et a duré tout le temps de la maladie. La guérison est survenue sans que la malade ait recouvré la raison. Il semblait, par moment, qu'elle reprenait un peu sa lucidité d'esprit; mais ce n'était que de courte durée, elle recommençait à divaguer un moment après.

Julie N... est accouchée, le 10 janvier 1896, à l'hospice de Narbonne, où elle se trouvait depuis deux mois, sa famille n'ayant pu la conserver. Pendant son séjour dans cet hospice elle n'a jamais joui de ses facultés mentales, faisant dans son lit si on ne la conduisait pas aux cabinets, se levant pendant la

©BIUM

nuit et ouvrant tous les tiroirs pour manger ce qui s'y trouvait, quelquefois menaçante.

Après l'accouchement, aggravation de son état mental : il n'y avait plus moyen de vivre à côté d'elle ; elle ne faisait que crier, chanter, pleurer, disant, tantôt qu'elle voulait tuer son enfant, tantôt qu'elle voulait le mettre en nourrice pour aller travailler.

A son arrivée à l'asile, cette femme est calme, d'apparence lucide ; elle est triste, regrette sa maison, son enfant et pleure en nous le disant. Quinze jours après, amélioration sensible aux points de vue physique et mental. Il y a toujours un fonds de tristesse et une faiblesse qui l'empêche de s'occuper.

Sortie guérie le 17 juin 1896. Cette malade n'avait jamais donné le moindre signe de folie avant sa fièvre typhoïde. Pas d'antécédents héréditaires au point de vue mental.

Obs. VIII. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

M..., Paul, quatorze ans. Entré à l'asile de Limoux le 25 mai 1896.

A sept ans, fièvre typhoïde d'intensité moyenne ; le délire se manifesta dès que la température commença à baisser. Après la guérison de la dothiénentérie, l'enfant recouvra son intelligence, qui était celle des enfants de son âge. Ce ne fut que huit ou dix mois après que survinrent les attaques d'épilepsie, d'abord rares, puis devenant de plus en plus fréquentes et finissant par lui faire perdre la parole et l'intelligence (idiotie). A son arrivée à l'asile, cet enfant ne pouvait pas se tenir sur ses jambes, probablement par suite d'une station assise trop prolongée. En effet, quelques jours après, il se promenait assez facilement au bras de la religieuse ; mais l'état mental restait le même. Mort, le 27 juillet 1899, à la suite de fièvre hectique. Pas le moindre antécédent héréditaire au point de vue mental.

Obs. IX. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

V..., Etienne, vingt-sept ans, cultivateur. Entré à l'asile de Limoux en septembre 1896. A l'âge de six ans, il contracta une fièvre typhoïde en même temps que plusieurs de ses frères et sœurs, dont un mourut. Cette maladie fut longue (cinq ou six mois, convalescence comprise). L'intelligence n'a pas paru être affectée par la fièvre typhoïde ; elle l'a été à la suite

d'attaques d'épilepsie survenues cinq ou six mois après la guérison. L'enfant n'avait jamais eu des attaques d'épilepsie auparavant. Aucun antécédent héréditaire au point de vue mental.

A son arrivée à l'asile, Etienne V... présentait les signes physiques et intellectuels de l'imbécillité; la parole, notamment, était très gênée. Mort, le 8 février 1905, à la suite d'attaques d'épilepsie.

Obs. X. — Délire post-typhique immédiat.

R..., Augustin, vingt ans. Entré à l'asile de Limoux, le 18 décembre 1898.

A sept ans, fièvre typhoïde très grave ayant duré quatre mois, avec délire et perte de connaissance. A la fin de cette maladie il était sourd, muet et idiot. Auparavant, il entendait et parlait bien; il était même très intelligent et éveillé pour son âge, n'avait pas eu de convulsions, pas d'hérédité mentale.

Un an avant son entrée à l'asile, R..., Augustin, était devenu agressif, violent et dangereux pour la sécurité publique.

A l'asile, où il se trouve encore, il est toujours sourd, muet et imbécile, mais calme et inoffensif; il comprend par signes et s'occupe à des travaux rudimentaires, se livre parfois à des actes puérils, se met à genoux, rit sans motif, etc.

Obs. XI. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

F..., Baptiste, dix-huit ans, entré, le 8 février 1889, à l'asile de Limoux.

Quelques mois auparavant, le 1er novembre 1898, début d'une fièvre typhoïde d'une violence extrême; durée trois mois. Le malade a déliré pendant plusieurs jours sur la fin de sa maladie. A cette époque, sa sœur mourait de la fièvre typhoïde.

A la fin de la convalescence, F..., Baptiste, était assez rétabli physiquement et intellectuellement pour avoir pu reprendre son travail habituel pendant huit jours. Mais, bientôt après, il se livrait à des actes extravagants, cessait tout travail, courait dans les métairies voisines en chantant, etc.

Pendant les premiers jours qui ont suivi son entrée à l'asile, ce jeune homme est sous l'influence de l'excitation maniaque : il saute, rit sans motif, est loquace, tient des propos incohérents. Vers le quinzième jour, il est plus calme, moins incohérent, s'occupe même un peu. Sorti guéri, le 14 mars 1899. Un an

©BIUM

après, j'ai l'occasion de le revoir. Il est parfaitement guéri. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Obs. XII. — Délire post-typhique immédiat.

P..., Joseph, vingt-sept ans. Entré à l'asile de Limoux le 18 août 1900.

Fièvre typhoïde à l'âge de six ou sept ans. « Cette maladie a revêtu le caractère de la plus haute gravité; à un moment donné, on a cru l'enfant mort. » Son intelligence, qui était normale, s'est trouvée profondément altérée à la suite de la fièvre typhoïde. Il a été réformé pour cause d'idiotie. Incendiaire, il a été reconnu irresponsable. Pas de convulsions dans sa première enfance. Antécédents héréditaires très suspects : « Il avait un oncle maternel qui n'était guère plus intelligent que lui ; l'état mental du père n'est peut-être pas non plus des plus lucides ; il laisserait plutôt à désirer. » Sorti à titre d'essai, le 24 février, sur les instances de sa famille qui l'a gardé.

Obs. XIII. — Délire post-typhique immédiat.

R..., Marc, trente-quatre ans. Entré à l'asile de Limoux le 3 mai 1901. Pas d'antécédents héréditaires. N'est ni alcoolique, ni syphilitique. A la suite d'une fièvre typhoïde, survenue à quinze ans, R..., Marc, aurait eu de la parésie des membres inférieurs et il aurait été obligé de se servir de béquilles pour marcher pendant quatre ou cinq ans. Le Dr Fines l'a soigné, à plusieurs reprises (en 1898, 1899), à l'hospice de Perpignan, tantôt pour des accès de délire avec impulsions aux actes de violence, tantôt pour des accès de lypémanie; il a constaté aussi du nystagmus, du tremblement, de l'embarras de la parole, de l'amnésie, de la céphalalgie.

A l'asile, il est calme, triste, taciturne ; il parle difficilement, présente du tremblement de la langue, des mains ; signes physiques et psychiques d'imbécillité, presque idiot ; on l'occupe à la campagne.

Obs. XIV. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

B..., Jean-Antoine, dix-huit ans, entré à l'asile de Limoux le 5 mai 1901.

Atteint, en 1897, d'une affection qui s'est caractérisée sur-

tout par un grand abattement, sans délire, et que son médecin a pris pour une fièvre typhoïde, sans vouloir affirmer positivement ce diagnostic. L'intelligence resta intacte à la suite de cette maladie jusqu'au 28 avril 1901.

A son arrivée à l'asile, agitation maniaque, violent, menace de tuer tout le monde. Cette agitation n'a duré que quatre ou cinq jours. Depuis lors, calme et lucide. Ce malade est sorti, le 26 mai, paraissant guéri ; mais on a été obligé de le réintégrer le 9 juin.

Sorti définitivement guéri le 14 décembre 1901.

Obs. XV. — Délire post-typhique immédiat.

C..., Césarine, vingt et un ans, entrée à l'asile de Limoux, le 27 mai 1901.

A été atteinte, à l'âge de neuf ans, d'une fièvre typhoïde à la suite de laquelle on a constaté un affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles et morales. Elle présente des stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie de la face, difficulté de la parole et de la marche, affaiblissement de la vue. A l'asile, où elle se trouve encore, elle a toujours présenté les signes de l'imbécillité.

Obs. XVI. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

P..., Paul, dix-sept ans, entré à l'asile de Limoux le 18 mars 1902.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. A l'âge de douze ans (d'après un autre renseignement, ce serait à quinze ans), il contracta une fièvre typhoïde forte mais sans délire. Auparavant, intelligence normale, bon naturel. Après cette maladie, rien d'anormal au point de vue intellectuel. Sa maladie mentale n'a débuté qu'en juin 1901. On l'a attribuée à une vive émotion causée par l'incendie d'une maison voisine de la sienne ; mais il est dit aussi que depuis quelque temps ce jeune homme faisait excès de boissons alcooliques, surtout d'absinthe. A partir de ce jour, il aurait été, tantôt triste, déprimé, tantôt en proie à l'agitation maniaque.

A l'asile, où il se trouve encore, P..., Paul, a toujours présenté les signes de l'imbécillité. Je ne puis que mettre un point d'interrogation sur la vraie cause de cette infirmité.

©BIUM

Obs. XVII. — Délire post-typhique immédiat.

F..., Raphaële, vingt-trois ans, entrée à l'asile de Limoux le 19 septembre 1903.

Antécédents héréditaires inconnus. Antécédents personnels : à vingt ans, à la suite d'un premier accouchement, pendant l'allaitement, elle fut atteinte de fièvre typhoïde durant laquelle, vers la cinquième semaine, survint un ictère qui dura quelques jours. Elle perdit alors son enfant mal nourri et, bientôt après, on constata un changement dans le caractère, des crises hystériformes et des troubles intellectuels qui nécessitent son internement à l'asile de Montpellier. Elle en sortit guérie ou améliorée; mais la folie récidiva.

C'est alors qu'elle fut internée à l'asile de Limoux, en proie à une agitation maniaque intense avec idées de persécution. F..., Raphaële, était redevenue enceinte; elle accoucha à l'asile et eut des convulsions que nous attribuâmes à l'éclampsie. Elle survécut, mais resta dans un état de démence aiguë, ce qui n'empêcha pas son mari de la reprendre le 11 mai 1904.

Cette malade nous est revenue le 15 novembre 1905 après être passée de nouveau par l'asile de Montpellier, où on lui avait fait l'ablation d'un énorme chapelet ganglionnaire tuberculeux du cou. Elle a de fréquentes attaques d'épilepsie, est en complète démence.

Obs. XVIII. — Délire post-typhique immédiat.

C..., Oscar, quarante-deux ans, entré à l'asile de Limoux le 9 août 1905.

A l'âge de quinze ans et demi fièvre typhoïde suivie d'attaques d'épilepsie. Plus tard, troubles mentaux : hallucinations de la vue et de l'ouïe, désordre des idées, impulsions aux actes de violence pour la moindre contrariété.

A l'asile, fréquentes attaques d'épilepsie à la suite desquelles il est violent, difficile à contenir, ne parlant que de tuer à coups de revolver. Dans l'intervalle de ses attaques il est calme et présente les signes de la démence.

Aujourd'hui, complète déchéance physique et intellectuelle, gâteux, très affaibli. Antécédents héréditaires inconnus.

OBS. XIX. — Délire post-typhique médiat (2e groupe).

B..., Jeanne, célibataire, trente-quatre ans, entrée à l'asile de Limoux, le 31 janvier 1906. Pas d'hérédité mentale. A l'âge de treize ans, fièvre typhoïde sans délire. Cette maladie n'altéra nullement ses facultés intellectuelles; elle reprit ses classes avec la même intelligence, entra dans les postes et a toujours tenu parfaitement son emploi.

A trente-deux ans, chagrins d'amour qui altérèrent son caractère. Deux ans après, avril 1905, attaques de catalepsie hystériques, actes déraisonnables.

A l'asile, état de confusion mentale avec alternatives de calme et d'agitation; elle présente le plus grand désordre dans les idées avec retour assez fréquent d'idées hypocondriaques, court d'un côté et d'autre sans but, refuse souvent les aliments, répond très rarement à nos questions, etc.

OBS. XX. — Délire post-typhique immédiat.

B..., Jean, quarante et un ans, entré à l'asile de Limoux, le 21 avril 1906. Antécédents héréditaires inconnus. A l'âge de vingt et un ans il fut atteint d'une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il commença à se manifester une déchéance intellectuelle et morale qui s'est affirmée de plus en plus, grâce à l'appoint apporté par des habitudes déjà invétérées d'alcoolisme. Il a été séquestré parce qu'il était devenu dangereux pour la morale et la sécurité publique.

A l'asile, signes physiques d'alcoolisme chronique, faiblesse intellectuelle très accentuée.

OBS. XXI. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. de Chéron*, 22e obs.).

Jeune femme, constitution affaiblie par cinq grossesses malheureuses. A l'âge de vingt-neuf ans, fièvre typhoïde avec délire. Après cette maladie, les facultés intellectuelles ne sont jamais revenues à l'état normal. Un an après, sans cause connue, accès de lypémanie avec hallucinations, guérison après quarante jours de traitement. Héréditaire (un oncle aliéné).

©BIUM

Obs. XXII. — Délire post-typhique immédiat (26e de Chéron).

C... S..., était âgée de quarante-quatre ans lorsqu'elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde bien caractérisée et qui dura deux mois. Auparavant, elle avait une conduite assez régulière, s'accupait parfaitement de son ménage, mais elle avait une tendance à boire. A la suite de cette maladie, état continuel d'ivresse, affaiblissement de l'intelligence, ne peut s'occuper de quoi que ce soit, conduite déplorable, fille et sœur d'ivrogne, une cousine germaine aliénée.

Obs. XXIII. — Délire post-typhique médiat (2e groupe) (28e de Chéron).

M..., Ibs..., âgé de trente et un ans. A l'âge de vingt-neuf ans, fièvre assez grave qui a débuté par un accès de délire des plus violents.

La maladie a duré un mois. La guérison fut rapide et parfaite. L'intelligence resta saine et, pendant quelque temps, il n'y eut aucune menace d'aliénation d'esprit.

Mais bientôt on s'aperçoit que chaque fois qu'il va à Paris pour ses affaires il revient chez lui en se livrant à des actes déraisonnables. Il devient d'une excessive irritabilité. Souvent, au milieu d'une conversation, il délire, se livre à des actes singuliers, à des violences même et il est difficile de le contenir. Dans les intervalles, il cause avec beaucoup de raison et s'occupe avec intelligence de ses affaires. Ce malade a été perdu de vue. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels au point de vue mental.

Obs. XXIV. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. Reddon*, p. 42).

P..., trente-sept ans. Entrée à la Salpêtrière, le 27 novembre 1878. A l'âge de neuf ans, fièvre typhoïde longue et grave. A la suite de cette maladie, elle fut aveugle pendant un an. Son caractère changea : gaie et enjouée autrefois, elle devint morose, sombre, taciturne ; en même temps, fréquents maux de tête, des malaises. Néanmoins, son intelligence ne paraissait pas atteinte.

A quinze ans, son esprit fut envahi par des idées de damna-

tion ; mais la vie de famille était encore possible et sa mère la garda jusqu'en 1877. A cette époque, exaltation maniaque qui nécessite son internement à Sainte-Anne, où elle resta quinze mois et d'où elle sortit dans un état satisfaisant. Un mois après elle entrait à la Salpêtrière : délire généralisé et incohérent : pas d'hérédité mentale.

Obs. XXV. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. Reddon*, p. 44).

Leb..., pas d'hérédité mentale.

A seize ans, fièvre typhoïde à forme cérébrale et, depuis cette époque, il n'avait jamais été bien portant. Son intelligence s'était affaiblie, son caractère avait changé, il était devenu colère ; il était alcoolique mais n'avait jamais eu de délirium tremens, pertes de connaissance fréquentes. A trente-six ans, quatre mois avant son entrée à l'hôpital de la Charité (service de Bouillaud), il fit une chute dans un escalier, avec perte de connaissance. Depuis cette époque, paralysie à gauche. A l'hôpital, symptômes de démence. Mort deux mois après son entrée. A l'autopsie on trouva les lésions de la méningo-encéphalite diffuse.

Obs. XXVI. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. Reddon*, p. 46).

Femme âgée de trente-neuf ans ; pas d'antécédents héréditaires connus, a eu la fièvre typhoïde à quinze ans ; son intelligence paraît avoir été assez faible. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital elle avait eu des douleurs de tête très fortes et des éblouissements. A l'hôpital, air hébété et heureux, amnésie, délire incohérent, état de satisfaction, parole traînante. Transférée à la Salpêtrière. Paralysie générale.

Obs. XXVII. — Délire post-typhique médiat (groupe ?) (*Th. Reddon*, p. 47).

Fau..., âgée de trente-sept ans, fièvre typhoïde à dix-huit ans. Antécédents héréditaires inconnus. Entrée à la Salpêtrière, service du Dr Voisin. Un an avant, la malade avait éprouvé des douleurs de tête très vives, généralisées, qui ont duré jusqu'en ces derniers temps ; elles s'accompagnaient de vomis-

©BIUM

sements, de pleurs. A l'hospice, délire des richesses et des grandeurs, et la malade arrive à la troisième période de la paralysie générale.

Obs. XXVIII. — Délire post-typhique immédiat (*Heuzé, Th. de Bordeaux*, 1887, p. 73).

L... Armand; pas d'hérédité mentale. Jusqu'à l'âge de cinq ans, rien d'anormal au point de vue physique et intellectuel. Une fièvre typhoïde à forme cérébrale, survenue à cinq ans, lui enleva les forces et toute l'intelligence; il resta sept mois sans pouvoir marcher; il ne put prononcer, à la suite, que quelques mots et il ne sut plus comprendre ce qu'on lui disait. A son entrée à l'hospice de Nantes, à l'âge de dix-sept ans, signes d'imbécillité.

Obs. XXIX. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Heuzé*, p. 74).

D..., René Victor, âgé de onze ans, à son entrée à l'asile d'aliénés de Nantes. A dix ans, fièvre typhoïde. A la suite, amnésie complète et signes d'imbécillité avec idées délirantes de grandeur, pas d'antécédents héréditaires.

Obs. XXX. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Heuzé*, p. 75).

Femme T..., trente ans, sans hérédité au point de vue mental, n'ayant aucun antécédent pathologique sérieux, est entrée à l'asile d'aliénés de Nantes, le 9 mai 1886.

Trois mois auparavant, elle avait été atteinte de fièvre typhoïde.

A la convalescence, on constata un état intellectuel défectueux, marqué par de l'abattement, de l'indifférence pour toutes choses, des craintes sans motifs; peu à peu elle vit des ennemis autour d'elle, et enfin apparut un délire complet.

A son entrée, la femme T... est en stupeur interrompue par des marques de frayeur résultant d'hallucinations. Elle refuse la nourriture et on est obligé d'avoir recours à l'emploi de la sonde œsophagienne. L'agitation avec incohérence des idées devient plus vive et plus continue par la suite. A la fin de

décembre, la confusion intellectuelle persiste toujours. Cet état est considéré comme curable.

Obs. XXXI. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Heuzé*, p. 75-76).

Mme V..., héréditaire. Elle n'avait que quelques travers de caractère. Une fièvre typhoïde est survenue qui a fait éclater les premiers symptômes d'une aliénation mentale véritable. Internée plusieurs fois, Mme V... était une persécutée qui voyait des ennemis partout, non seulement autour d'elle et dans son intérieur, mais encore dans les personnes du dehors et dans celles qu'elle rencontrait dans la rue.

Obs. XXXII. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Heuzé*, p. 78-79).

D..., garçon âgé de dix-sept ans, contracte, le 24 juin 1848, à l'âge de dix-sept ans, une fièvre typhoïde remarquable par l'intensité et le nombre des accidents. Pendant la convalescence, actes bizarres, hallucinations terrifiantes de la vue, de l'ouïe, idées de persécution, agitation nocturne; plus tard, il tombe dans un état de stupidité complète et est enfermé à l'hospice de Bicêtre. A la fin de décembre, il est considéré comme guéri.

Obs. XXXIII. — Délire post-typhique médiat (groupe 2) (*Th. Heuzé*, p. 80).

La femme C..., sans hérédité reconnue, est atteinte, à l'âge de vingt-neuf ans, d'une fièvre typhoïde avec accidents cérébraux consécutifs à un empoisonnement par la belladone ayant duré six semaines. Tout parut rentrer dans l'ordre; mais, trois ans après, sans cause appréciable, on remarqua que la femme C... devenait taciturne, qu'elle ne s'occupait plus des soins du ménage, qu'elle s'amusait parfois à des futilités; puis survinrent des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe. Six mois après elle tomba dans la stupidité. L'observation n'est pas continuée.

©BIUM

Obs. XXXIV. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. Heuzé*, p. 81).

Emilie D... est atteinte, à l'âge de dix ans, d'une fièvre typhoïde qui la laisse arriérée, avec un caractère inquiet, ombrageux, jaloux. A vingt-deux ans, le délire apparaît, sans cause appréciable, avec hallucinations et illusions des sens, et elle finit par tomber dans l'idiotie. Pas d'hérédité mentale.

Obs. XXXV. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. Heuzé*, p. 81-82).

C... A vingt ans, fièvre typhoïde qui avait compromis gravement ses facultés intellectuelles et morales, ce qui ne l'empêcha pas d'être soldat. Avant la fièvre typhoïde, caractère doux, affectueux, dévoué pour les siens. Après cette maladie, tout a été changé : concentration, affaissement, inactivité, caractère difficile, actes d'insubordination au régiment. Deux ans après sa fièvre typhoïde, il donne des signes manifestes de folie. Plus tard, stupeur et mort dans le marasme. Petit-fils de suicidé par sa mère et, par son père, neveu d'aliéné qui n'a jamais été enfermé.

Obs. XXXVI. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Reddon*, obs. I).

Fillette; pas d'hérédité morbide. Elle était très intelligente, parlait, entendait avant sa fièvre typhoïde survenue à l'âge de quatre ans et demi. Pendant cette maladie, accidents oculaires et auriculaires, cécité, surdité, cessation de la parole. Depuis leur apparition, ces phénomènes ne se sont pas modifiés; il s'y est joint des crises de pleurs revenant par accès. Idiotie.

Obs. XXXVII. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Reddon*, obs. II).

J..., garçon. A deux ans et demi, fièvre typhoïde suivie d'imbécillité. A dix ans, attaques d'épilepsie. Pas d'antécédents héréditaires, mais a perdu plusieurs frères et sœurs morts au moment de la dentition, d'attaques convulsives.

Obs. XXXVIII. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Reddon*, obs. III).

Louise R...; pas d'antécédents héréditaires. Fièvre typhoïde à sept ans. Auparavant, bonne santé, intelligence normale. Après la fièvre, les parents remarquèrent que son intelligence s'était affaiblie, qu'elle comprenait difficilement et qu'il lui était impossible de rien apprendre. A huit ans, attaques d'épilepsie qui ont duré jusqu'à treize ans, époque de la première menstruation. Elle est restée imbécile ; s'occupe.

Obs. XXXIX. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Reddon*, obs. IV).

Rose D..., quarante-neuf ans, pas d'antécédents héréditaires. Elle a eu, à douze ans, une fièvre typhoïde grave. Depuis cette époque cette malade qui, jusque-là, avait eu une intelligence normale, devint incapable de travailler; elle ne put rien apprendre et on fut obligé de la retirer de l'école. Restée dans un état d'imbécillité.

Obs. XL. — Délire post-typhique immédiat (*Th. Reddon*, obs. V).

P..., trente-deux ans, pas d'antécédents héréditaires. Intelligence ordinaire jusqu'à l'âge de sept ans. A sept ans et demi, fièvre typhoïde grave avec des phénomènes cérébraux ayant duré deux mois. Convalescence longue.

Consécutivement, arrêt de l'intelligence... Mariée à vingt-deux ans, elle n'a pas pu tenir son ménage, ne faisait rien avec suite ; elle a des hallucinations : elle voit des chats, des ennemis, elle se croit persécutée par les voisins, finit par tomber dans l'idiotisme.

Obs. XLI. — Délire post-typhique médiat (1er groupe) (*Th. Reddon*, obs. VI).

D..., vingt-quatre ans. Comme antécédents héréditaires, il y a à signaler que son frère, alcoolique, est mort à quarante-cinq ans d'hémorragie cérébrale.

Pendant son enfance, elle a eu plusieurs maladies aiguës inconnues.

©BIUM

A douze ans elle eut la fièvre typhoïde et, depuis, le développement de l'intelligence fut difficile ; elle souffrait fréquemment de maux de tête, elle était insouciante et incapable de travailler.

Au moment de la guerre de 1870, elle fut vivement impressionnée et, après la Commune, elle commença à donner des symptômes manifestes d'aliénation mentale avec hallucinations de la vue, de l'ouïe et délire de la persécution. Ces troubles motivèrent deux internements à l'asile Saint-Anne. Chaque fois, elle en sortit non guérie mais plus calme. Pendant un troisième internement, elle tomba en démence-gâteuse.

ENCORE LA QUESTION
DE
LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr SOUTZO fils,
Privat docent et chef de clinique des maladies mentales,
Médecin assistant de l'hospice de l'Etat " Marcoutza "

On constate de nos jours, de la part d'un certain nombre d'aliénistes, une tendance visible à détourner de sa juste conception la nouvelle doctrine sur la démence précoce telle qu'elle fut créée par Kraepelin, et à démolir également de son fondement l'entier édifice doctrinal du système d'enseignement psychiatrique du célèbre maître d'outre-Rhin.

Érigée sur des bases peu solides, confectionnée à l'aide des matériaux fragiles, la démence précoce *allemande* est une création nosologique d'une fausseté et archi-fausseté sans conteste — prétendent ses contradicteurs. — C'est un rassemblement, un ramassis de variables tableaux cliniques disparates, sans aucune méthode, basé tout simplement sur quelques caractères bien secondaires qui n'ont, en réalité, pas la moindre valeur, et partant, ne pouvant servir aucunement à la confection d'une science d'une aussi grosse importance que la psychiatrie.

Nous n'en voulons pas — disent encore les adversaires de l'entité artificielle que veut nous imposer à tout prix l'aliéniste allemand, — entité qui n'a aucune raison d'exister, qui ne présente aucune garantie scientifique.

©BIUM

« *Soyons fidèles aux vieilles traditions de la psychiatrie française, fondées par des aliénistes illustres durant un siècle d'observation et d'études, depuis Pinel et Esquirol jusqu'à nos jours avec Baillarger, Falret et Magnan. Elles sont de granit, et les dents qui veulent les mordre, s'y brisent sans même les effleurer* », dit M. Marandon de Montyel, dans un des travaux de protestation contre la doctrine de Kraepelin, visant précisément la démence précoce érigée par ce maître (1).

M. Serbsky en même temps, dans son étude récente sur la démence précoce, émet une série de réflexions plus ou moins mordantes, à propos des conceptions originales du professeur de Munich. « *Et cependant*, dit-il, *Kraepelin a un incontestable mérite, car tout en élargissant le domaine de la démence précoce d'une manière exagérée, et par conséquent erronée, il a par cela même beaucoup contribué à établir solidement cette affection, quoique la description qu'il en donne soit loin d'être la vraie. Des entraînements analogues jouent dans l'histoire de nos connaissances, d'une façon générale, un rôle fort important ; en exagérant considérablement la valeur de tel ou tel phénomène, on attire inévitablement sur lui l'attention, et c'est aux observations ultérieures et plus précises qu'il appartient de lui assigner les limites* (2). »

De ces phrases mêmes, placées à la tête de son travail, on devine facilement son intention : la négation en entier de la démence précoce allemande. D'ailleurs il exprime les mêmes idées, d'une manière plus franche, dans une de ses conclusions finales : « *Nous devons*

---

(1) Marandon de Montyel. Considérations sur la démence précoce. *Journal de Neurologie*, janvier 1905, nos 1 et 2.

(2) Serbsky. Contribution à l'étude de la démence précoce. *Ann. méd.-psych.*, novembre-décembre 1903, janvier-février, mars-avril 1904.

donc reconnaître, dit-il, *que les idées de Kraepelin, loin d'avancer l'étude de la démence précoce, y ont apporté, au contraire, une grande confusion et une série de malentendus. L'absence d'un point de vue fondamental, une contradiction en fait de logique dans la définition de la maladie elle-même, la délimitation insuffisante de l'affection, la place qu'on lui réserve à côté de la démence secondaire, de l'amentia, de la paranoïa chronique, tout cela nous conduit à regarder la démence précoce comme un groupe absolument artificiel, nullement unitaire, comprenant des processus les plus hétérogènes* (!!). »

Enfin, au Congrès de Pau, à l'occasion du rapport sur la démence précoce présenté par M. Deny, un des représentants fervents de la doctrine kraepelienne, un certain nombre d'aliénistes prirent une attitude opposée aux manières de voir du rapporteur, objectant aux différentes preuves scientifiques apportées par celui-ci et niant par cela l'existence de la démence précoce allemande. Nous reviendrons spécialement sur les opinions de MM. Régis et Parant, intéressantes pour nous sous bien des rapports (1).

Et maintenant, à la lecture de phrases citées ci-dessus, phrases *en apparence* — heureusement — si écrasantes pour la doctrine de la démence précoce de Kraepelin, que pourraient répondre à leur tour les partisans de celle-là et l'auteur lui-même? Les réflexions qu'elles comprennent sont-elles démontrées, ou mieux démontrables comme vraies, par des arguments scientifiques et preuves cliniques irréfutables ; et dans ce cas, quelles sont-elles et jusqu'à quel point deviennent-elles défa-

(1) Voir XIVe Congrès des médecins-aliénistes et neurologistes de France tenu à Pau. Compte rendu. *Revue neurologique*, n° 16, 30 août 1904.

©BIUM

vorables, et surtout contredisent-elles la doctrine dans son ensemble ?

Ce sont précisément ces quelques questions qui nous paraissent soulever en première ligne le plus vif intérêt, questions auxquelles nous nous proposons de répondre par ce travail, bien que peut-être d'une manière incomplète et trop sommaire, à la lumière des faits et arguments éminemment d'ordre scientifique puisés à cet effet, particulièrement dans l'œuvre originale du maître de Munich. Mais avant d'aborder la série des commentaires et l'argumentation de ces problèmes, il nous semble indispensable d'exposer, en quelques mots, les principes de la méthode qui mena l'auteur allemand à établir ses différents groupes et formes d'aliénation et partant aussi la démence précoce.

Dans la discipline psychiatrique, comme dans toute autre branche de la médecine, doit nécessairement exister la possibilité d'un groupement des troubles psychiques et des moyens conduisant à établir des entités, formes et groupes pathologiques, entités bien définies, ayant des caractères généraux propres, un début, une marche et une issue ; de plus, une étiologie et anatomie pathologique plus ou moins spéciales à chacune d'elles. Mais dans un pareil but, un critérium positif, fondamental, unique et commun, critérium qui servirait justement à une classification rationnelle, a manqué aux aliénistes anciens, et continue à manquer aussi de nos jours. Kraepelin, d'ailleurs, est du même avis. Alors, nous sommes en droit de nous demander quels furent les principes qui déterminèrent l'auteur de Munich dans son groupement des troubles psychiques et dans la création des maladies unitaires ?

Pour lui, bien qu'aucun des domaines connus, étiologique, symptomatologique et anatomo-pathologique — celui-ci étant encore aujourd'hui à l'état rudimentaire,

— ne puisse isolément procurer le critérium d'un groupement naturel, il leur demande cependant leur secours, l'intervention simultanée, un service réciproque de tous les éléments qu'ils sont capables de nous offrir. C'est-à-dire chacun des domaines doit se trouver, par rapport aux deux autres, dans un accord intime et les compléter entre eux. Par cela, il résultera qu'un groupe morbide ayant les mêmes causes, devra présenter un même complexus de signes cliniques, et les mêmes découvertes de nécropsie. Les exceptions que dans ce sens on rencontre aujourd'hui, — et celles-ci malheureusement ne sont point en petit nombre, — tiennent éminemment à l'insuffisance de nos connaissances et expériences en matière de clinique.

Mais en dehors de ce postulatum, il y en a un second auquel Kraepelin s'efforce précisément d'attribuer une importance capitale. C'est l'observation suivie et minutieuse du tableau morbide *dans son ensemble* dès son début, durant toute sa marche, jusqu'à sa terminaison, embrassant tous les phénomènes qu'il pourrait présenter. Car il est à supposer, dit-il, que des processus pathologiques semblables offriront en réalité un pareil tableau d'ensemble. L'observation dirigée ainsi nous permettra : d'un côté, de relever la dissociation et en même temps l'évaluation des symptômes variables, et de l'autre, par l'analyse précise de ces symptômes, faite pendant tout le temps qu'aura lieu le développement du tableau, de laisser observer quelques traits essentiels, traits qui donneront aux états variables leur cachet caractéristique d'une manière plus durable que le reste des signes plutôt secondaires et accidentels.

Et ces traits caractéristiques du processus pathologique seront plus spécialement remarqués dans les états finals des maladies non guéries, pareillement à ce qui se passe dans les maladies en foyer, circonscrits, dont

©BIUM

la vraie délimitation ne peut être appréciée que d'après les signes durables, permanents, résiduaires.

En tout cas, aux symptômes en particulier on attribuera une importance et un intérêt d'autant plus grand qu'ils permettront des conclusions plus certaines sur la cause et la terminaison du cas donné. La doctrine de la symptomatologie devra se développer suivant cette manière de voir.

A l'aide de ces principes directifs, on arrivera, dit Kraepelin, à acquérir la conviction que des tableaux cliniques, différents en apparence, n'appartiennent, dans leur essence, qu'à un même processus morbide et en même temps on pourra se former une opinion assez claire sur la marche et la terminaison ultérieure de chaque cas en particulier ; bref, on arrivera à entrevoir le sort de notre malade. Mais à cet effet, — répétons-le encore une fois, — il est de toute nécessité de recourir à tous les moyens dont nous disposons et faire usage de l'ensemble des données que la clinique nous procure par l'observation suivie de chaque jour.

C'est avec le secours de pareilles opinions et guidé par de pareils principes que l'illustre maître de Munich arriva, par tâtonnement et d'une manière non forcée, à isoler les entités morbides qui nous sont connues actuellement, les unes ayant déjà leur cadre bien déterminé, d'autres ne l'ayant, pour le moment, encore que provisoire et incomplet ; tandis qu'un nombre inconnu sera peut-être découvert dans un avenir plus ou moins prochain.

Il nous semble à nous et à un grand nombre d'aliénistes, qu'avec une semblable méthode et une semblable voie tracée, il est bien difficile de ne pas reconnaître la justesse des conceptions de l'illustre maître allemand. Dans ces conceptions, on voit nettement se refléter les mêmes lois générales qui régissent tous les autres do-

©BIUM

maines de la science médicale, surtout de la pathologie interne, lois dont l'application à l'aliénation mentale ne pourrait être niée d'aucune manière.

Cependant, malheureusement, il n'en est pas ainsi, car il y a des adversaires — en petit nombre, il est vrai — qui contestent et condamnent non seulement le mode de groupement des troubles psychiques, et les différentes formes et entités morbides, mais encore quelques-uns des principes fondamentaux et quelques points de la méthode de l'auteur allemand, telle que nous l'avons exposée ci-dessus.

En effet, voyons ce qu'à ce point de vue veut soutenir M. Serbsky dans son travail de critique, et si ses nombreuses objections trouvent vraiment un appui assez solide sur les données scientifiques courantes de l'aliénation mentale.

L'auteur russe, bien qu'il reconnaisse comme d'une haute valeur pour un groupement bien fait des formes morbides, non les symptômes séparés, mais le tableau symptomatique embrassant toutes les phases de la maladie, principe qui a existé de tout temps à la base de nos conceptions, — comme il le dit, — considère cependant comme absolument faux de penser que la valeur du diagnostic d'un psychiatre, au point de vue pratique surtout, soit plus ou moins estimée, selon qu'il contribue ou non à l'interprétation des phénomènes consécutifs, comme le veut Kraepelin.

Et pourquoi est-il faux de penser ainsi? M. Serbsky nous donne les raisons suivantes. Les médecins ont affaire à des êtres vivants — tous nous le savons, et Kraepelin aussi — et non à des données mathématiques; aussi l'interprétation des phénomènes consécutifs ne saurait être dans aucun des cas absolument précise; elle est toujours approximative. Cela résulte surtout du fait que la terminaison d'une même affection

©BIUM

peut être absolument différente suivant le cas, par suite des nombreuses conditions extérieures qui s'y opposent. Un argument qu'il croit malheureusement péremptoire et favorable à ses dires, c'est que, si l'issue d'une affection était fatalement connue dès le début, nous n'aurions pas à nous occuper du traitement, ni à rechercher des améliorations pour les asiles, ni à insister sur la nécessité d'y placer les malades dès le commencement, si possible, Kraepelin étant d'un semblable avis (1).

Ensuite l'auteur, par ses arguments ultérieurs, tâche d'arriver à la conclusion : qu'une même forme morbide peut avoir des différentes terminaisons et, comme conséquence, qu'il est absolument illogique de grouper les affections suivant les terminaisons différentes, conclusion qu'il veut rendre plus convaincante en l'appuyant à deux exemples de pathologie qui nous paraissent très imparfaitement nous démontrer ses affirmations. Nous reviendrons bientôt avec plus de détails sur ce point.

Enfin, comme dernier mot résumant toute la série de ses considérations théorétiques, le même auteur dit : On néglige les principes fondamentaux bien établis de la pathologie interne et, par ce fait, on nous conduit dans notre branche relativement jeune à des résultats fort peu désirables en contribuant fortement à l'instabilité déjà suffisamment grande de nos conceptions, et à la confusion des idées les plus élémentaires.

Ces dernières objections, comme toutes d'ailleurs, sont parfaitement à l'adresse de Kraepelin qui, paraît-il, par ses manières de voir originales, a énormément péché, voulant entreprendre « plus qu'une révolution, un bouleversement complet de la psychiatrie actuelle, et ne laisser rien debout » — selon les paroles de

(1) Serbsky. *Loc. cit.*

©BIUM

M. Régis — et violer en même temps les principes fondamentaux de la pathologie. Voilà ce qu'on en conclut.

Mais à notre tour, nous allons démontrer amplement tout d'abord les côtés erronés de pareilles assertions et la fausseté absolue de l'interprétation donnée par les adversaires de la méthode d'étude de notre maître, et de plus nous allons faire ressortir le fait : que nulle part ailleurs on ne peut constater, comme dans la doctrine kraepelinienne, la fidèle traduction des principes généraux de la pathologie tels qu'ils nous sont connus, ainsi que les résultats si fructueux de la méthode naturelle que l'auteur allemand a appliquée aux recherches cliniques si variables de l'aliénation mentale.

En effet, jamais dans son œuvre le maître de Munich n'a nulle part affirmé, comme prétend M. Serbsky, que dans un cas clinique donné, il lui est possible de pouvoir se prononcer sur son issue d'une façon mathématique, précise ; mais Kraepelin pourrait encore moins admettre des terminaisons différentes pour une même affection — comme le veut l'auteur russe. Nous nous expliquons.

Si on ne veut, en principe, reconnaître à une affection mentale ni une évolution, ni un début, ni une terminaison bien tracée et assez précise, alors on ne pourra nullement admettre, en aliénation, la création des entités individuelles, et on ne pourra non plus parler de l'application chez elle des principes généraux sur lesquels est basé d'ailleurs l'ensemble systématique des connaissances que nous possédons actuellement dans les autres domaines de la médecine. Suivant une manière de voir aussi erronée, on dévie énormément de la voie commune sans pouvoir jamais parvenir à établir un groupement solide, nécessaire à l'intelligence rationnelle en matière de folie, quoique l'expérience de chaque jour

©BIUM

ait montré et montre encore la possibilité d'appliquer également des principes si justes à la pathologie mentale. Et si dans cette dernière branche on rencontre encore bien des obstacles et des difficultés, cela ne prouve pas qu'il faille renoncer définitivement aux lois générales comme ne pouvant lui convenir et, en échange, se perdre en des recherches non méthodiques, ou bien se contenter simplement d'anciennes connaissances assez insuffisantes et conjecturales.

Dans un même ordre d'idées, M. Serbsky prétend encore, comme nous l'avons vu, que l'interprétation des phénomènes consécutifs est toujours approximative, et cela pour deux raisons : 1° parce que les médecins ont affaire à des êtres vivants et 2° parce que les terminaisons d'une même affection sont différentes. Pour nous, un pareil raisonnement est entièrement faux, la logique la plus simple s'oppose à l'admettre. Vraiment, comment peut-on admettre une interprétation approximative des phénomènes consécutifs, du moment que les terminaisons d'une affection sont différentes; dans ce cas probablement, il s'agit d'affection non suffisamment définie. Car en fait, une interprétation approximative fait prévoir fatalement des terminaisons toujours approximatives et sûrement non différentes; ou bien encore, si les terminaisons sont différentes, alors toute interprétation, voire même approximative, n'a aucune valeur, par suite est erronée, et s'exclut entièrement. En général, c'est par la juste interprétation des signes constatés que nous arrivons à apprécier les phénomènes consécutifs et, par conséquent, à entrevoir le pronostic; mais si le pronostic est différent, alors sûrement que l'interprétation des phénomènes et l'appréciation des symptômes ont été erronées — et cela arrive parfois.

Quand on parle d'entités morbides bien établies avec des cadres précis et tracés à la suite d'une longue étude,

on doit complètement éviter d'envisager les choses suivant un semblable raisonnement. Si on s'en tenait aux affirmations de M. Serbsky ci-reproduites, à savoir qu'une même affection a des terminaisons différentes, tout diagnostic deviendrait dès le début complètement impossible, tout effort d'apprécier la valeur des symptômes et de suivre par une enquête minutieuse la marche ultérieure serait vaine ; car forcément on ne s'inquiéterait plus du pronostic, on se bornerait au contraire à étiqueter le cas tout simplement, suivant le premier signe alarmant frappant nos yeux, et à le désigner par le simple vocable : folie.

Voyons maintenant d'autre part ce qu'il arrive lorsqu'on envisage l'affection non en elle-même, mais suivant chaque cas particulier où elle se rencontre. Alors évidemment l'évaluation des phénomènes consécutifs, et par suite leur appréciation par rapport à l'évolution et à la terminaison, dépendra en partie de la série des facteurs et des causes qui interviennent dans un grand nombre de cas, et dont l'importance au point de vue de l'affection, dans chaque cas spécial, est reconnue par tous les cliniciens. Ces facteurs qui, comme nous le savons, ont une influence plus ou moins sensible sur le développement de la maladie existante, — comme le dit aussi M. Serbsky, — rendent peut-être difficile l'appréciation des phénomènes consécutifs, mais pour un certain temps seulement, sans faire perdre à la maladie propre ses caractères généraux, ses traits essentiels, individuels, caractéristiques, reconnaissables à un moment donné. Si la terminaison de l'affection est tout autre, alors évidemment ce sont ces nombreux facteurs et causes endogènes ou exogènes qui l'ont influencée dans une large mesure. Mais une pareille terminaison, dans ces circonstances, n'est qu'un accident par rapport à l'affection en elle-même, et une exception par rapport

©BIUM

au cas considéré individuellement, terminaison à prévoir d'avance par suite de la constatation de quelques signes insolites plus ou moins nets, surajoutés, apparus à un moment donné de l'évolution ou au début même de l'affection.

Rendons plus plastique notre raisonnement par l'exemple suivant. La fièvre typhoïde est par elle seule une affection curable, de même la pneumonie. Si dans des cas particuliers la mort survient, bien qu'elle soit une tout autre terminaison, cependant nous ne sommes point autorisés à conclure que l'affection en elle-même a des terminaisons différentes ; ce serait là un faux raisonnement. La mort chez ces typhiques ou pneumoniques n'est qu'une issue exceptionnelle, un accident à prévoir. De même pour la paralysie générale. Affection incurable, elle est sujette toutefois à des rémissions simulant dans quelques cas la guérison ou bien, dans d'autres cas, conduisant à une issue fatale après un court délai de quelques jours ou semaines — formes galopantes. Dans ces cas pourrait-on parler des terminaisons différentes quand on envisage la maladie en elle-même? Il nous semble que non. La progressivité et l'issue défavorable en sont la caractéristique.

Les exceptions dans la terminaison de cette maladie doivent être regardées comme telles pour chaque cas particulier et nullement les faire rentrer dans une même formule générale et par cela conclure que l'affection en elle-même présente des terminaisons différentes.

Donc, voilà à quoi se réduisent les prétendues affirmations logiques de M. Serbsky, affirmations touchant les terminaisons des maladies en général. Elles n'ont pas la moindre raison et ne pourront jamais servir comme principes à des recherches méthodiques en aliénation.

Pour cette science, on ne peut refuser d'admettre la

©BIUM

possibilité d'établir à la longue des maladies autonomes. Et à ce titre chacune des affections aura un cadre propre, individuel, cadre peut-être provisoire pour quelques-unes d'entre elles qui soulèvent encore des doutes, faute d'éléments, mais néanmoins tracées suivant les principes et méthodes généraux de la pathologie à la suite de longues expériences et recherches. De son côté, la psychologie positive, surtout la psychologie expérimentale, aidera largement à élucider les nombreux phénomènes intellectuels et à reconnaître à ceux-ci leur dépendance et association, les rapportant finalement à des lois générales de psychologie positive.

*
* *

Revenons maintenant aux commentaires et objections dirigés particulièrement contre la doctrine de la démence précoce allemande de Kraepelin.

La littérature à l'égard de cette présumée maladie s'est énormément enrichie dans ces derniers temps. Les nombreuses communications et discussions qui ont eu lieu dans cette dernière dizaine d'années à l'occasion des différentes associations des médecins de l'Allemagne, discussions renouvelées récemment en France, surtout dans le Congrès des aliénistes et neurologistes français tenu à Pau, n'ont eu, comme résultat, que de renforcer les vues de Kraepelin relatives à sa nouvelle doctrine, de reconnaître celle-ci comme juste et en même temps de vulgariser des opinions se rapportant précisément à cette nouvelle question. De sorte qu'aujourd'hui cette nouvelle doctrine possède dans tous les pays un grand nombre d'adeptes et représentants. Mais parmi ceux-ci, et c'est pour nous un point d'un gros intérêt que nous voulons faire ressortir et simultanément démontrer comme vrai, il y a une grande majorité qui, dans leurs descriptions de la démence précoce,

©BIUM

n'ont pas suivi et reproduit d'une manière fidèle les manières de voir du maître allemand avec ses côtés encore bien douteux ; au contraire, dans leurs travaux ils nous laissent voir la démence précoce sous un aspect plus clair, plus tranchant et défini, voire même dans les points qui pour Kraepelin apparaissaient et apparaissent encore aujourd'hui assez nébuleux et indécis. Et dans ce sens MM. Brissaud et Dupré ont eu parfaitement raison quand, au Congrès de Pau, ils ont fait la juste remarque sur la tendance qu'on a de donner à la conception de Kraepelin « plus d'ampleur que l'auteur même ne lui en a attribuée ».

Ainsi, dans les travaux de MM. Deny, Masoin, Masselon et autres, mais moins dans ceux de MM. Séglas et Sérieux, on trouve décrite la démence précoce comme une maladie, une psychose unitaire, ayant une définition précise, un cadre limité, contrairement aux vues de Kraepelin, qui ne veut pas la reconnaître, du moins pour le moment, comme une entité nosologique ni lui en tracer ses limites d'une façon définitive. Les phrases ci-reproduites de son traité (1) sont plus qu'éloquentes sous ce rapport : « *Il reste encore douteux si la démence précoce dans l'étendue ci-décrite représente effectivement une maladie unitaire.* » Ce sont, suivant nous, ces quelques exagérations qui ont occasionné, du moins en partie, l'apparition des nombreuses critiques, s'adressant précisément à des assertions dont Kraepelin n'a été et n'est nullement l'auteur.

De sorte que les adversaires de cette doctrine et particulièrement M. Marandon de Montyel, dans leurs travaux critiques, ne devaient aucunement négliger ces points de vue auxquels nous faisons ici allusion. Ces auteurs, par leurs objections, visent plutôt les tra-

(1) *Loc. cit*, p. 27. Kraepelin. *Traité.*

vaux français touchant la démence précoce, travaux qui diffèrent plus ou moins de l'œuvre originale du maître allemand et cela même par quelques côtés suffisamment importants.

Mais laissons de côté ces observations peut-être sans grande valeur pour les adversaires, et abordons maintenant, avec quelques détails, les arguments se rapportant au fond même de la question.

Ces arguments et objections, disons-le tout de suite, touchent tous les chapitres des descriptions données sur la démence précoce allemande : celui de la symptomatologie, de l'étiologie, de l'anatomo-pathologie, de la terminaison et, comme point culminant, elles n'épargnent pas même la dénomination usitée. Nous allons les discuter ci-dessous.

Pour ce qui concerne la dénomination, on objecte généralement que celle-ci se trouve dans un manifeste désaccord avec les descriptions qu'elle comprend. En effet, les mots « démence précoce » pourrait faire penser, au premier abord, à quelque confusion, mais celle-ci en fait n'est qu'apparente et peu préjudiciable pour la doctrine même. Les termes « démence précoce » impliquent l'apparition de troubles psychiques évoluant en peu de temps, d'une façon rapide, ce qui a lieu du reste dans la majorité des cas, comme nous le verrons plus loin, et il semblerait aussi que ces troubles surviennent à une époque relativement jeune, l'adolescence, l'âge juvénile, c'est encore vrai chez un grand nombre de malades, et qu'enfin, comme trait essentiel du groupe, c'est la démence primitive incurable.

Qu'on veuille bien nous permettre de répondre sur ce point que Kraepelin lui-même n'ignorait nullement la défectuosité de la dénomination ; car il a justifié l'emploie de ces termes « démence précoce » : c'est tout simplement parce que cette dénomination est la plus

©BIUM

usitée qu'il la garde encore, et cela provisoirement (1).

Peu lui importe, d'ailleurs, qu'on en choisisse une autre. Il dit du reste que « peut-être il serait plus juste d'employer les termes des Italiens « demenza primitiva » où ceux proposés par Rieger « dementia simplex » (2). En tout cas, ce n'est pas la dénomination qui caractérise la valeur et la justesse du contenu auquel elle s'applique. S'il était ainsi, nous croirions que la totalité des termes usités en aliénation sont faux et, par suite, il ne nous resterait plus qu'à exiger un changement complet de la nomenclature relative aux psychoses. Ainsi, pour l'hystérie, on ne devait garder des descriptions que celles comprenant des faits ayant un rapport étroit avec l'organe sexuel, la matrice. Le terme épilepsie de même ne devra s'appliquer qu'aux cas où les manifestations mentales apparaissent subitement chez les malades, par saisissement ; enfin la paralysie générale ne désignerait que le cas où l'individu se trouve complètement paralysé (diplégie, tétraplégie par lésions médullaires ou cérébrales, etc.).

Mais tous nous savons qu'il n'en est point ainsi. La dénomination, bien qu'elle puisse être erronée, ne doit cependant point exclure la justesse des descriptions cliniques. Si les termes « démence precoce » ne conviennent pas aux aliénistes adversaires, qu'on accepte ceux que propose M. Bernstein, de Moscou : « Morbus Kraepelini », et cela d'autant plus qu'il nous semble à nous d'une grande importance de faire ressortir une fois pour toutes la valeur qui revient particulièrement à la démence précoce *allemande du maître aliéniste de Munich*, groupe morbide dont la justesse

(1) Kraepelin. *Loc. cit.*, p. 176 et Congrès des médecins allemands, 1898. *Alg. Zeit. für Psychiatrie*, 1899, p. 254.
(2) *Loc. cit.*, p. 176.

incontestable est prouvée chaque jour par la clinique. Sur ce point nous insisterons encore ultérieurement.

De sorte que nous sommes prêts à donner raison à M. Serbsky (1) quand il affirme qu'on a fait un étrange abus des mots « démence précoce » ; cependant, sans pousser les choses si loin et aller jusqu'à renoncer aux autres faits non moins importants qui se cachent sous cette dénomination, et cela tout simplement parce qu'ils ne correspondent point à ces termes, alors même que la clinique les confirme totalement. Pourquoi conventionnellement ne reconnaître l'existence de la démence précoce que lorsque les deux conditions suivantes, exigées par M. Serbsky, se trouvent réalisées : 1° « quand il y a ruine de l'organisation psychique, c'est-à-dire démence définitive et irréparable », et 2° « quand cette ruine se produit à une époque de la vie où l'organisation psychique n'avait pas encore atteint son apogée » ?

Mais quels sont donc les signes qui trahissent d'une façon évidente le non développement définitif et complet du cerveau, et de plus quelle est la nature de ce non développement et quel degré doit-il atteindre pour en arriver à l'apparition des troubles éminemment en fonction d'une démence précoce, démence devant être définitive et irréparable, et non en fonction d'une autre psychose ?

Toutes ces questions s'imposent forcément dès qu'on veut tenter une discussion sur la justesse vraiment réelle des deux conditions mentionnées par M. Serbsky, conditions moyennant lesquelles l'auteur russe croit pouvoir arriver à délimiter le cadre de la vraie démence précoce. Pour ce clinicien, le problème est facile à comprendre et à résoudre : pas de démence précoce s'il n'y

(1) Serbsky. *Loc. cit.*

©BIUM

a pas « non développement complet du cerveau » et « démence définitive irréparable ». Mais quels sont encore les signes à l'aide desquels nous sommes à même de reconnaître qu'une démence précoce s'est développée sur un cerveau « non développé complètement » ? L'auteur ne nous les indique point ; néanmoins, le principal signe pourrait se deviner : c'est l'âge du sujet, en première ligne.

L'époque juvénile, la période de la puberté, l'adolescence est, surtout pour MM. Serbsky, Marandon de Montyel et d'autres, une condition *sine qua non* pour l'éclosion des troubles de la démence précoce. Et pourquoi ? Parce que c'est à cette période de la vie que le cerveau est insuffisamment développé, et que la démence précoce nécessite pour son apparition un pareil cerveau. Mais si les auteurs exigent pour la maladie en question l'existence de ce substratum, de cet état physiologique, l'état junévile, il y en a d'autres, comme nous le verrons d'ailleurs ultérieurement, qui demandent pour le développement de cette même démence précoce un terrain psycho-cérébral particulier : le terrain de dégénérescence (Ballet, Magnan, Morel, Régis, etc.).

Analysons à présent de plus près la question de l'âge.

Un grand nombre, parmi les partisans de la démence précoce française, sont d'accord pour admettre les limites de l'évolution juvénile entre quinze et vingt-cinq ans (MM. Christian et Marandon de Montyel), ou entre quinze et trente ans (M. Serbsky). Toute démence apparaissant en deçà ou au delà de ces limites extrêmes fixées mathématiquement, n'est pas une démence précoce : « On peut parler de n'importe quelle affection, mais jamais de démence précoce », dit M. Serbsky. De façon que, alors même que nous rencontrerions des tableaux morbides qui par leur symptomatologie, évolution et terminaison, nous apparaîtraient *photo-*

©BIUM

graphiquement pareils à ceux de la démence précoce, mais différents de ceux-ci par l'âge, et uniquement par l'âge, on ne pourrait aucunement admettre qu'il s'agit de démence précoce et les diagnostiquer comme tels. Mais quelle sera l'étiquette qu'on donnera dans ce cas à de pareils tableaux? Suivant nous, et nous devons l'avouer, il nous serait bien difficile d'en trouver une autre. Pour M. Serbsky il s'agirait peut-être — c'est une simple présomption — d'une démence secondaire, consécutive à une démence précoce, ou bien d'une démence vésanique ; pour M. Marandon de Montyel et M. Pitres, il s'agira, du moins pour quelques-uns des tableaux, de démences précoces secondaires consécutives aux états de confusion mentale. Et cela se comprend facilement, parce que l'une des principales conditions, l'âge, fait défaut. « C'est comme si on allait reconnaître la possibilité qu'une démence sénile se produise à vingt ans », dit M. Serbsky (1).

Avec un semblable raisonnement trop poussé arbitrairement, il nous paraît impossible de pouvoir arriver à des résultats tels qu'exige une science exacte et positive. Tous nous connaissons — et les chiffres des statistiques que nous donnons plus bas vont démontrer le fait, — qu'il est extrêmement difficile de réussir à fixer l'âge et par conséquent la date exacte et réelle de l'apparition des premières manifestations morbides d'une affection quelconque et spécialement d'une affection mentale. — Le manque des données anamnésiques, l'absence des informations précises de la part des parents, y contribuent pour une large part. De la même manière, une démence précoce qui, à la suite de notre enquête, quelque minutieuse qu'elle soit, paraîtrait

(1) *Loc. cit.*

©BIUM

s'être manifestée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, peut, en réalité, se dévoiler comme ayant débuté à une époque bien antérieure ; de même pour les cas à développement tardif. De sorte que vouloir fixer et choisir l'âge seul comme facteur décisif pour la caractéristique d'une affection quelconque, alors qu'une série importante d'autres facteurs y prévalent, nous semble à nous totalement fausse. Une époque en voie d'évolution ou de « non développement » n'a pu et ne pourra jamais constituer, à elle seule, un critérium conditionnant l'existence d'une maladie, qui lui appartiendrait exclusivement. En ce qui concerne la période de la puberté, on a étudié, en effet, les troubles psychiques variables qui peuvent s'y manifester ; mais à part un certain nombre qui lui seraient peut-être propres à elle, nous en rencontrons toute une série d'autres se caractérisant justement par leur polymorphisme. L'œuvre de M. A. Marro, particulièrement, est une des plus complètes traitant de ce sujet.

Cependant, il y a une discipline qui exige des notions et données fixes ; c'est celle qui traite des lois. Quelques articles qu'elle renferme, formules concises et rigides, demandent pour leur application la fixation d'un âge précis permettant de reconnaître civilement le moment de la maturité individuelle et pénalement celui de la responsabilité. Mais, sur cette question, les discussions également abondent. Toutefois, une science comme l'est la psychiatrie ne pourrait jamais être aussi précise.

Voilà pourquoi nous ne voulons reconnaître d'aucune façon la manière de voir des auteurs de la démence précoce « *à âge limité* », et cela pour la raison capitale que la clinique s'y oppose totalement.

Laissons maintenant parler quelques faits de statistique enregistrés par des aliénistes compétents. Kraepelin accorde, en ce qui concerne l'apparition de la démence

©BIUM

précoce, une prépondérance marquée à l'âge juvénile, mais non d'une façon exclusive. Parmi ses cas, il compte 60 p. 100 chez lesquels les troubles ont débuté avant vingt-cinq ans (1). Ce pourcentage varie d'ailleurs pour chacune des formes morbides ; la forme hébéphrénique comprend les plus jeunes sujets. La statistique de M. Crocq est la plus éloquente (2). L'illustre aliéniste de Bruxelles nous donne les chiffres suivants : 12 cas entre 31 et 35 ans ; 11 entre 26 et 30 ans ; 10 entre 21 et 25 ans ; 8 entre 36 et 40 ans ; 3 femmes entre 40 et 55 ans, et enfin les cas les plus intéressants sont ceux où la démence précoce est survenue à l'âge de 12 ans. M. Meeus arrive approximativement aux mêmes résultats (3). En même temps, M. Schrœder a rencontré des cas (16) de catatonie à l'âge de 45 et 59 ans (4) ; tandis que M. Diem, à la suite d'une enquête minutieuse, a pu recueillir 19 observations de démence précoce simple chez des sujets âgés de 45, 50 et 60 ans, et dont les premiers symptômes de la maladie remontaient à l'époque de l'adolescence (5).

Ces dernières constatations plaident une fois de plus en faveur de nos considérations antérieures, à savoir : la grosse difficulté qu'on rencontre quand on cherche à préciser le début *réel* des manifestations morales est que l'âge par lui-même ne peut pas constituer un facteur décisif pour la délimitation d'une maladie. Donc, nous sommes en droit de conclure qu'il existe cliniquement, par rapport à l'âge, une démence précoce *précoce* ainsi

---

(1) Kraeplin. Traité. *Loc. cit.*, p.
(2) Crocq. Congrès de Bruxelles et *Bulletin de la Société de médecine mentale belge.*
(3) Meeus. *Bulletin de la Société de médecine mentale belge.* 1899.
(4) Schroeder. *Vlg. Zeitschrift. f. Psych.* 1900.
(5) O. Diem. *Archiv. f. Psychiatrie.* 1902,

©BIUM

qu'une démence précoce *tardive*, comme il existe de même d'autre part une sénilité *tardive* et une démence sénile *tardive*, de même qu'une sénilité *précoce* et une démence sénile *précoce*, — cela certainement conçu d'une façon relative, — sans que toutefois cette dernière puisse se montrer à l'âge de vingt ans, selon la tendancieuse allusion de M. Serbsky.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que la démonstration de l'importance qu'on doit donner à l'âge dans la démence précoce est amplement faite. Aussi les partisans de ce groupe morbide ont su apprécier ce facteur suivant sa réelle valeur, et par cela se trouve justifié l'emploi des locutions « de préférence », « le plus souvent », et d'autres pareilles qu'on trouve dans les définitions de MM. Sérieux, Deny, Masoin, locutions qui se rapportent justement en partie à l'époque du développement des troubles en fonction de démence précoce.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. CHRISTIAN, ancien président.

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

MM. Juquelier et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Paul Brousse qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

2° Une lettre de M. le Dr Paul Brousse qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Notes préliminaires sur un cas d'aphasie-apraxie*, par le Dr Fernand d'Hollander, médecin à la colonie de Gheel ;

2° *Etudes cliniques sur l'amyotrophie consécutive au traumatisme nerveux périphérique*, par le Dr Esposito ;

3° Le n° 13 de l'*Ecos de las Mercedes* ;

4° Les numéros de novembre et décembre 1906 des *Archives de médecine et de chirurgie spéciales* ;

5° Le numéro de décembre 1906 de la *Revue de l'hypnotisme*.

Election du Bureau de 1907.

Il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1907.

©BIUM

Sur 17 votants M. Séglas obtient 17 voix.

M. Séglas est élu vice-président.

Les autres membres du Bureau sont réélus par acclamation.

Le Bureau de 1907 se trouve donc ainsi composé :

Président : M. Deny ;

Vice-président : M. Séglas ;

Secrétaire général : M. Ritti ;

Secrétaire des séances : MM. Dupain et 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. Vallon et Briand.

Le Comité de publication se compose de MM. Arnaud, Legras, Pottier.

La Commission des finances est composée de MM. Moreau (de Tours) et Semelaigne.

Rapports de candidature.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre précédente séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Vigouroux et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Perpère qui sollicite le titre de membre correspondant de votre Société. C'est le résultat de cet examen que je vais vous exposer.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, M. le Dr Perpère s'est, depuis un certain nombre d'années déjà, consacré à l'étude de la neurologie et de la psychiatrie. Sa thèse inaugurale : « Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques », a été entreprise sur les conseils et avec l'appui de notre sympathique et distingué collègue, M. A. Vigouroux, qui lui a largement ouvert les portes de son service et de son laboratoire d'anatomie pathologique. Cette thèse constitue un consciencieux travail anatomo-clinique où se trouve, reprise et étayée de documents nouveaux, la question, depuis si longtemps débattue, des rapports qui unissent la paralysie générale à la

©BIUM

maladie isolée par Duchesne. Le titre a déjà la valeur d'un programme, en indiquant combien les faits sont complexes et se prêtent peu à une interprétation uniforme. Prenant la question, pour ainsi dire, par les deux bouts, l'auteur montre, d'abord, que chez les paralytiques généraux, le syndrome tabétique est peu fréquent, qu'il apparaît d'ordinaire avant les symptômes cérébraux, enfin et surtout qu'il se présente, cliniquement et anatomiquement, sous l'une des trois formes suivantes : soit sclérose isolée des cordons postérieurs donnant le tabès le plus légitime, soit sclérose combinée postéro-latérale, soit myélite diffuse dépassant plus ou moins les limites des cordons postérieurs et ne se manifestant que par des signes tabétiques vagues et incertains. Dans une deuxième partie de son étude, M. le Dr Perpère montre que les troubles mentaux des tabétiques, lorsqu'ils apparaissent, sont loin de reconnaître toujours pour cause une méningo-encéphalite à son début ; ces malades sont, en effet, susceptibles de puiser dans leurs troubles sensitivo-sensoriels les éléments d'un état psychopathique, état mental souvent curable dont le diagnostic est, par conséquent, de la plus haute importance.

Cette thèse, dont je ne vous donne qu'une brève analyse, a valu à M. le Dr Perpère, le titre de lauréat de la Faculté de Médecine.

Indépendamment de ce travail, M. le Dr Perpère a présenté à la Société de Biologie, en collaboration avec MM. Magnan et Clayeux, l'observation d'un cas d'inversion complète des viscères chez une femme qui succomba à l'Asile clinique. Les auteurs de la communication discutent la signification et la pathogénie de cette hétérotaxie et, en la qualifiant d'« anomalie normale », tendent à lui refuser le caractère d'une manifestation dégénérative.

Ici même, M. le Dr Perpère vous a fait, de concert avec M. le Dr Juquelier, une intéressante communication sur un cas de psychose polynévritique avec insuffisance hépatique, apportant à la jeune histoire de la maladie de Korsakoff un nouveau document anatomo-clinique et discutant le rôle respectif de l'intoxication alcoolique directe et de l'insuffisance hépato-rénale

©BIUM

comme causes déterminantes des altérations nerveuses et par suite de la paralysie et des troubles mentaux.

M. le Dr Perpère est un collaborateur assidu de la presse scientifique, et tout récemment encore, dans un article consacré aux asiles de Saint-Pétersbourg, il a su montrer, une fois de plus, combien il est profitable de jeter de temps en temps, un coup d'œil au delà de nos frontières, pour y puiser des exemples et aussi y trouver des motifs de n'être pas toujours trop mécontents de nous-mêmes.

Messieurs, je suis particulièrement heureux de vous exposer le mérite scientifique de M. le Dr Perpère. J'ai pu en apprécier la valeur lorsqu'il était interne de mon service à l'Asile de Vaucluse. Laborieux et zélé, il a été pendant une année entière un collaborateur dévoué et sympathique. J'éprouve une satisfaction bien légitime de le voir poursuivre sa marche en avant dans le domaine de la médecine mentale où j'ai guidé ses premiers pas. Deux ans plus tard, en effet, il était nommé médecin-adjoint des asiles d'aliénés au concours, si justement remarquable, de l'année 1904. Votre Commission est d'avis que, par ses titres et ses travaux, M. le Dr Perpère mérite la faveur qu'il sollicite ; c'est pourquoi, en qualité de rapporteur, je propose son admission au nombre des membres correspondants de la Société Médico-Psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Perpère est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Arnaud, Christian et Ritti, rapporteur, d'examiner les titres de M. Franco da Rocha, médecin directeur de l'asile de Juquery, au Brésil, qui sollicite l'honneur de faire partie de notre Compagnie en qualité de membre associé étranger.

M. Franco da Rocha envoie à l'appui de sa candidature divers travaux qui dénotent des connaissances étendues dans les diverses parties de notre spécialité et des qualités rares de clinicien. Et d'abord, un mémoire très intéressant, publié en 1898 dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, intitulé : « Remarques sur la production de la folie chez les nègres. » Ce travail, d'un très grand intérêt, apporte une contribution inté-

ressante à l'étude de la folie comparée selon les races. Nous avons eu l'occasion d'en donner une analyse détaillée dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de janvier 1899, page 15).

Notre confrère a publié, dans divers recueils de son pays, de nombreux travaux, dont nous citerons quelques-uns :

— *Spiritisme et folie*, 1896 ;

— *La question du travail dans les hospices d'aliénés. Réponse à une accusation injuste*, 1900 ;

— *Les causes de la folie*, 1901 ;

— *Le béri-béri à l'hospice de Saint-Paul*, 1902 ;

— *Distribution géographique de la folie dans l'Etat de Saint-Paul*, 1897 ;

— *Arthritisme et folie*, 1896 ;

— *Un cas intéressant de syringomyélie*, 1899 ;

— *Un cas de paralysie de Landry, d'origine infectieuse*, 1899.

M. Franco da Rocha nous a envoyé un gros volume intitulé : « Essais de psychiatrie légale. » C'est une œuvre à tous égards des plus importantes, un véritable traité de médecine légale des aliénés, où toutes les questions relatives à la responsabilité et à la capacité des malheureux atteints de folie sont étudiés avec le plus grand soin. De nombreux rapports médico-légaux illustrent l'ouvrage et prouvent avec quel soin, avec quelle méthode et aussi avec quelle haute probité scientifique, notre distingué confrère remplit le rôle si délicat de médecin légiste. Ce volume si consciencieux, d'une érudition si sûre, a obtenu à juste titre le succès qu'il méritait, et en le parcourant, on est peu étonné qu'il soit devenu classique au Brésil.

Vous connaissez tous, Messieurs, l'intéressant article, publié dans le numéro de septembre des *Annales médico-psychologiques*, où M. Franco da Rocha passe au crible de la critique la « conception clinique » de M. Kraepelin sur la « folie maniaque-dépressive ». Notre savant confrère n'est pas un admirateur quand même de l'œuvre du savant clinicien allemand ; mais les objections qu'il croit devoir y faire, méritent d'être prises en considération, parce qu'elles viennent d'un esprit vraiment scientifique, plein de mesure, en même temps que très averti par une longue et patiente observation.

©BIUM

Tous ces travaux, pour intéressants qu'ils soient, sont placés par notre confrère au second plan. Son œuvre de prédilection, celle qu'il considère comme capitale dans son existence et qui lui a coûté le plus de labeur et de soins, c'est la création de l'asile d'aliénés de Juquery. C'est lui qui en a conçu les plans, c'est sous sa direction qu'il fut construit, et il n'a pas cessé d'en être le directeur-médecin. Il s'est efforcé d'en faire un établissement vraiment moderne, s'inspirant, pour le construire, de tous les enseignements que le progrès de la science et l'expérience du passé ont pu lui fournir. Le succès a couronné ses efforts. L'asile de Juquery est considéré, avec raison, comme un asile modèle, qu'on vient visiter de toutes les contrées de l'Amérique du Sud, pour l'étudier et, aussi, pour l'imiter.

M. Franco da Rocha, qui parle de son œuvre avec un enthousiasme vraiment paternel, ne la croit cependant pas parfaite ; il en voit les lacunes et s'applique à les combler. Il l'améliore sans cesse ; et pour ces améliorations les fonds ne lui manquent pas. L'Etat de Saint-Paul, au Brésil, est décidément le pays d'Eden des médecins aliénistes et, par suite, des aliénés.

Les titres de M. Franco da Rocha sont, comme vous voyez, des plus sérieux ; peut-être pourrions-nous exprimer notre étonnement que notre confrère brésilien, qui connaît à fond la littérature psychiatrique française, ne soit pas venu à nous plus tôt ; sa candidature aurait depuis longtemps reçu le bon accueil que vous lui donnerez aujourd'hui.

Votre Commission, certaine que vous ratifierez sa proposition, vous demande de nommer M. Franco da Rocha membre associé étranger de notre Compagnie.

Conformément à ces conclusions, M. Franco da Rocha est élu à l'unanimité, membre associé étranger.

M. Semelaigne. — Messieurs, je viens, au nom d'une commission composée de MM. Kéraval, Legras et René Semelaigne, vous présenter un rapport sur les titres et travaux scientifiques du Dr Julius Donath, professeur agrégé des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Budapest, médecin en chef à l'hôpital Saint-Etienne.

Le Dr Donath n'est pas un inconnu parmi nous, et

©BIUM

plusieurs de ses ouvrages ont été analysés dans les *Annales médico-psychologiques*. Je n'ai pas la prétention, dans les étroites limites d'un rapport, de vous résumer toutes les savantes publications de cet auteur fécond, car elles s'élèvent au chiffre de 223, sans compter les travaux publiés sous son inspiration. Je me bornerai à citer son étude sur les obsessions, remarquable surtout par la généalogie d'une grande famille névropathique dégénérée, et ses recherches sur la paralysie générale et l'épilepsie. Dans le travail intitulé « Ophthalmoplégie dans la paralysie générale », il décrit, en même temps que Thomsen, un cas où l'évolution de ces phénomènes inflammatoires a précédé de dix ans l'éclosion de la maladie. Dans la contribution à l'amnésie on trouve un cas d'amnésie qui fut le signe initial de la paralysie générale; la mémoire musicale disparut subitement, sauf pour une mélodie; il n'y avait ni trouble du langage, ni amnésie verbale; l'auteur en conclut que les différentes mémoires ont une localisation séparée.

Dans un important travail sur le rôle de la choline dans l'épilepsie, il prouve, par un procédé spécial pour la recherche de la choline, que celle-ci ne se trouve pas seulement dans les maladies organiques liées à une destruction de la substance nerveuse, mais encore dans l'épilepsie. A son avis, l'accès épileptique est le produit de deux facteurs : de l'excitabilité exagérée de l'écorce cérébrale, déterminée par des processus hypérémiques, et de certains poisons. Ces poisons, il faut les chercher parmi les produits tels que l'ammoniaque et ses dérivés organiques de nature basique, comme la choline. Le Dr Donath attire l'attention sur cette dernière substance et montre, par des expériences, que les injections intracorticales provoquent, chez les animaux, de violentes convulsions toniques et cloniques, parfois suivies de parésies. L'importance de la recherche de la choline lui a suggéré une autre méthode décrite dans un article intitulé « Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant ».

Le Dr Donath s'est engagé avec ardeur dans la lutte contre l'alcoolisme. Persuadé qu'un des plus efficaces

©BIUM

moyens de propagande est le bon exemple donné par le corps médical, il contribua à fonder la Société des médecins abstinents de Hongrie, société dont il est devenu le président.

Après avoir exposé son état d'âme dans deux articles intitulés : « Le médecin et la question de l'alcool », il provoqua une enquête sur l'effet des boissons alcooliques dans l'armée austro-hongroise et dans les sociétés sportives.

Telle est, trop brièvement exposée, l'œuvre du Dr Julius Donath.

Je suis heureux de pouvoir vous prier, au nom de votre Commission, de l'accueillir parmi nous en qualité de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Julius Donath est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

La séance est levée à cinq heures.

J.-M. Dupain et A. Vigouroux.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1907

Présidence de MM. BRIAND et DENY.

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

MM. Devaux, Gimbal, Giraud, Juquelier, Perpère, Phulpin, Thivet et Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. Marcel Briand. — Messieurs et chers collègues, l'année qui vient de s'écouler a été fertile en communications, la plupart fort intéressantes pour notre spécialité. Quelques-unes d'entre elles ont donné lieu à des discussions doctrinales témoignant de l'importance des cas qui vous étaient soumis.

M. Kéraval, chargé d'un Rapport sur une étude de Stranski, relative à *la confusion du langage*, nous en a

donné une si vivante analyse que la lecture du travail de notre confrère viennois n'est plus indispensable.

MM. Hamel et Wahl nous ont apporté l'observation d'un *jeune idiot épileptique, présentant une malformation hypertrophique congénitale*, très rare, de tout un côté de la face.

Dans une autre séance, M. Wahl nous donnait lecture d'une note, rédigée en collaboration avec M. Maurice Rollet, sur *la Phraséologie de certains dégénérés.*

M. Pron nous a entretenus d'un *cas d'aphasie chez un tuberculeux.*

Vous avez discuté une *Etude neuropathologique et pathogénique du délire des négations*, due à notre collègue Deny, qui va me remplacer dans quelques instants au fauteuil présidentiel. Ce travail était rédigé en collaboration avec un de ses élèves, des plus distingués, M. Paul Camus.

Les conclusions qui en découlent, avaient été inspirées aux auteurs par l'examen de deux malades de la Salpêtrière, atteintes l'une et l'autre du délire de négation, avec cette différence, toutefois, que les idées de négation étaient limitées, chez l'une, à son existence corporelle et, chez l'autre, à son existence intellectuelle.

MM. Lwoff et Benon vous ont donné le résultat de leurs expériences personnelles sur *l'emploi du véronal en médecine mentale.*

Une malade de mon service, atteinte d'une *sclérose en plaques, accompagnée de troubles mentaux*, vous a été présentée par MM. Lhermitte et Halberstadt. Les considérations, dont les présentateurs entouraient leur observation et la discussion qui s'en suivit contribueront, certainement, à éclairer la question des troubles intellectuels notés dans certains cas de sclérose en plaques.

MM. Paul Sollier et Paul Duhem vous ont communiqué *un cas de psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique.*

Dans une autre séance, M. Duhem vous apportait l'histoire d'un individu, tombé dans le délire mystique, après avoir subi des pratiques d'hypnotisme. Cette observation vient s'ajouter à une autre, du même genre,

©BIUM

recueillie il y a plusieurs années, par notre collègue M. Lwoff.

Le professeur Régis, venu de Bordeaux comme membre du jury de concours de l'adjuvat des Asiles, a profité de son voyage pour nous faire la très vivante relation d'*un cas de délire hypochondriaque, d'obstruction et de négation, en relation de caractère et de localisation avec une ectasie aortique chez un artério-scléreux*. Notre distingué collègue concluait à l'importance et à l'utilité de la radioscopie et de la radiographie, trop peu employées en clinique mentale.

Les simulateurs de la folie sont souvent des aliénés ; c'est à cette conclusion qu'en arrive M. Thivet à propos d'un cas de ce genre observé par lui chez un jeune soldat dont notre collègue devait plus tard être la victime.

Vous vous rappelez, en effet, que peu de temps après vous avoir rapporté l'observation d'un aliéné qui simulait la folie, celui-ci tenta d'assassiner notre collègue au cours de sa visite médicale.

Vous avez certainement encore présent à l'esprit le problème soulevé par MM. Vigouroux et Delmas, à l'occasion de deux cas qu'ils nous ont rapportés, de *troubles psychiques survenus à la suite d'un accident du travail*, et dont l'importance médico-légale ne vous a pas échappé. Ainsi que je le rappellerai plus loin, M. Vigouroux n'en devait pas rester là de l'examen des questions de responsabilité.

MM. Deny et Paul Camus, répondant à une communication de MM. Sérieux et Capgras, sont venus, à leur tour, nous entretenir *du délire d'interprétation*. Sans avoir la prétention de résoudre le problème si ardu de l'origine et de la nature des psychoses chroniques simples ou à systématisation (type Magnan), les auteurs ont précisé, devant vous, la signification des vocables sous lesquels ces délires sont généralement désignés à l'étranger, ce qui constitue un pas en avant dans l'étude de cette question doctrinale.

Le travail de MM. Deny et Camus a donné lieu à un échange de vues qui constitue une suite fort importante à la célèbre discussion sur le *délire chronique*, qui a eu lieu, dans cette enceinte, vous vous souvenez, il y a une quinzaine d'années.

Si notre collègue Doutrebente s'est fait rare cette année, il nous a délégué son collaborateur, M. Marchand, pour nous communiquer une observation de *délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie*.

MM. Doutrebente et Marchand n'espèrent pas résoudre ni même poser le problème des lésions du délire chronique, mais ils ne sont pas éloignés d'admettre un rapport entre l'évolution du délire et les lésions cérébrales constatées par eux.

L'importante question de *l'étiologie traumatique de la paralysie générale*, soulevée au Congrès de Lille par le Professeur Brissaud, a été remise sur le tapis par la relation d'un cas de paralysie générale, qui pouvait être considéré comme d'origine traumatique, relation que nous devons à M. Collet, interne de notre collègue M. Vigouroux.

Plusieurs d'entre nous ont pris position dans la discussion qui a suivi cette communication ; des cas analogues observés dans l'avenir, ne tarderont probablement pas à lui donner une suite.

L'étiologie traumatique de la paralysie générale prend, en effet, une importance considérable au point de vue médico-légal, depuis le vote de la loi sur les accidents du travail.

Un cas de maladie d'Addison, compliquée de délire, nous a été décrit par MM. Vigouroux et Delmas. Les auteurs se sont demandé si les systèmes addisonniens avaient simplement orienté le délire, ou bien s'ils avaient créé l'état cérébral nécessaire à son éclosion. Ils ont ainsi posé un intéressant problème étiologique dont ils nous apporteront peut-être un jour la solution.

Vous vous rappellerez enfin, sans que j'aie besoin d'insister davantage, de quels applaudissements vous avez accueilli le si brillant éloge de Falret, éloge dû à la plume élégante de notre secrétaire général, M. Ritti, et qui a été pour nous un vrai régal littéraire.

En terminant cette énumération qui serait trop courte, en raison de l'intérêt scientifique qu'elle renferme, mais dont la sécheresse trouve une excuse dans ma crainte de retenir trop longtemps votre attention, j'ai l'agréable devoir de me faire, encore cette fois, votre interprète, en remerciant tous ceux qui nous ont tenu en haleine,

©BIUM

par l'intérêt de leurs communications. Nous leur savons, à tous, infiniment gré d'avoir apporté à notre Société l'aliment nécessaire à son existence scientifique et aussi une indiscutable contribution à sa bonne renommée.

Comme chaque année, hélas ! la mort a fait des vides dans nos rangs : Nous avons eu à enregistrer, dans notre nécrologie, les noms du Dr Gilbert Petit, médecin des Asiles, en exercice ; du Dr Lapointe, médecin honoraire des Asiles, chevalier de la Légion d'honneur ; du Dr Godfernaux, homme de lettres, membres correspondants de notre Société ; du Professeur Nina Rodrigues de Bahia, notre associé à titre étranger.

Si les hommes disparaissent, leur souvenir nous restera et, d'ailleurs, pour témoigner, en face de la mort, de la vitalité de notre Compagnie, de nouveaux venus se sont empressés de combler les vides laissés par nos regrettés collègues.

C'est ainsi que nous avons eu la bonne fortune de nous associer, à titre de membres correspondants :

Le Dr Revertégat, ancien interne des Asiles de la Seine, ancien directeur de la maison de santé du château de Suresne ;

Le Dr Page, médecin directeur de l'établissement d'hydrothérapie de Bellevue ; les Drs Dromard et Perpère, médecins-adjoints des Asiles.

Le titre de membre associé étranger a été attribué à M. le Dr Boulenger, médecin des hôpitaux de Bruxelles ;

A M. Ruggieri Lambranzi, médecin-directeur du Manicome de Brescia ;

A M. le Professeur Luigi Cappelletti, médecin-directeur du Manicome provincial de Pesaro ;

A M. le Dr Giuseppe-Algeri, médecin-directeur de l'établissement sanitaire de Biffi à Monza ;

Au Dr da Rocha, du Brésil ;

Au Dr Julius Donath de Budapesth ; et enfin au Dr Souza, de Bucarest, dont le père est déjà depuis longtemps notre collègue.

Vous avez conféré l'honorariat au Dr Goujon, sénateur, l'un des plus anciens membres de notre Société, lequel a pris une part si active, comme Président de section au Conseil supérieur de l'Assistance publique, à toutes les discussions relatives à notre spécialité.

©BIUM

M. Goujon s'est toujours inspiré des travaux de la Société médico-psychologique, dans l'élaboration des réformes soumises à la Commission dont il dirigeait les études.

M. le Dr Goujon a été remplacé comme membre titulaire, par M. le Dr Paul Brousse, dont le nom est aussi attaché à toutes les œuvres d'assistance sociale de ces dernières années. Vous l'avez entendu, dans les Congrès de médecine mentale, discuter, avec une conviction persuasive, qui ne s'est jamais démentie, les questions ayant trait aux aliénés.

Le Dr Paul Brousse est un homme, dans le cœur vibrant duquel les souffrances humaines trouvent non seulement, toujours, un écho et des encouragements, mais aussi, souvent, un remède pratique. Ami sûr et d'un commerce aimable, pour ceux qui l'approchent, on peut affirmer que, s'il compte des adversaires politiques, il n'a pas un seul ennemi. C'est une bonne fortune, pour nous, qu'il soit venu frapper à notre porte. Vous ne pouviez que la lui ouvrir à deux battants.

Notre Compagnie a eu à distribuer des récompenses ; les noms de vos lauréats sont encore très présents dans votre mémoire. Laissez-moi cependant vous les énumérer :

Prix et mentions ont été accordés à MM. Schrameck, Mignot, Parrot, Privat de Fortunié, Raviard, Lorthiois, Rodiet, Dubos, Cans, Pausier, Bricka et Cornu.

Vous vous rappelez, enfin, à quelle fête de famille il nous a été donné d'assister, le soir de notre séance solennalle, où nous avons essayé de montrer à notre secrétaire général la part de joie que nous procurait sa nomination dans la Légion d'honneur.

Un autre de nos collègues et aussi des plus distingués, M. le Professeur Dupré, nous a aussi donné une nouvelle occasion de nous enorgueillir de sa présence parmi nous, quand la croix de la Légion d'honneur lui a été décernée.

Les pouvoirs présidentiels expirent-ils fin décembre ou seulement au jour de l'installation du Bureau?

Laissez-moi croire que j'existe encore pour quelques instants. Vous me laisserez ainsi le plaisir d'an-

©BIUM

noncer que deux autres membres de notre Compagnie ont vu rougir leur boutonnière : ce sont MM. Paul Sollier et Toulouse, que je suis heureux de féliciter en votre nom.

Le passage de M. Deny à la présidence laissait vacant un fauteuil, dans la composition de notre Bureau : notre collègue, M. Séglas, a été, à l'unanimité des suffrages, élu vice-président.

Vous ne pouviez faire un meilleur choix, je suis heureux de le proclamer en applaudissant à son succès. Le passé scientifique de M. Séglas est un sûr garant de l'impulsion qu'il saura donner à nos travaux, quand il en aura la direction effective.

Je l'invite à venir prendre place au Bureau.

Et maintenant ma tâche est terminée ; mes pouvoirs vont prendre fin. Je ne veux cependant pas résigner la fonction, dont vous m'avez honoré, sans vous remercier encore du très grand honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à présider les séances de notre chère Société.

Je me suis acquitté du mieux que j'ai pu de cette tâche, si agréable à remplir et dont l'accomplissement m'a été d'ailleurs facilité par votre extrême aménité et la bienveillance de votre concours.

L'année 1906 demeurera, grâce à vous, toujours gravée dans mon cœur, comme l'un des meilleurs souvenirs de ma carrière. C'est là une joie que je tiens à vous manifester simplement, avec la pensée que vous verrez dans l'expression de ma gratitude autre chose que des paroles de pure courtoisie.

Il me reste encore à souhaiter la bienvenue à mon ami Deny et à vous féliciter de l'avoir choisi comme Président. Styliste brillant et orateur élégant, chez lequel la clarté égale l'impeccabilité de la phrase, on ne saurait dire s'il parle mieux qu'il n'écrit ou s'il écrit mieux qu'il ne parle. Vous l'avez tous lu et entendu. Ses opinions scientifiques, concernant notre spécialité, vous sont aussi connues ; il les a toujours défendues avec une verve et un entrain d'un bon augure pour l'intérêt de nos séances. Sa présidence sera certainement de celles dont vous garderez souvenance.

Je ne solliciterai donc pas pour lui la bienveillance

©BIUM

dont vous avez fait preuve à mon égard ; je sais d'avance qu'elle lui est acquise, mais il n'en a pas besoin!

Je lui passe avec confiance et tranquillité le sceptre présidentiel, représenté par cette sonnette, et l'invite à s'asseoir à ma place.

M. Deny. — Messieurs et chers Collègues, lorsque j'appris, il y a un peu plus d'une année, que vous m'aviez désigné pour être votre président en 1907, j'éprouvai une très agréable mais aussi très profonde surprise : jusqu'alors, en effet, je n'avais pris qu'une part tout à fait infime à vos travaux et j'étais loin de m'attendre à voir mon nom rallier vos suffrages.

Je m'excuse aujourd'hui de mes nombreuses absences dont vous avez bien voulu ne pas me tenir rigueur et qui doublent la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers vous. Les courts instants que je consacrerai à diriger vos débats ne suffiront pas, croyez-le, à l'acquitter. Elle durera bien au delà de mon éphémère présidence, comme dure encore la reconnaissance que j'ai vouée aux Maîtres éminents, absents ou présents, disparus ou vivants, au souvenir ou à l'amitié desquels je dois, beaucoup plus qu'à mes faibles mérites, l'honneur d'être votre élu.

Messieurs, avant de prendre place au fauteuil que vient de quitter M. Briand, je suis sûr d'être votre interprète en adressant à notre savant collègue, avec nos remerciements, nos plus vives félicitations, pour la courtoisie et la distinction avec lesquelles il s'est acquitté de ses délicates fonctions. Je m'efforcerai de suivre son exemple. S'il m'arrivait pourtant de ne pas toujours apporter la même maîtrise que lui dans l'exercice de mon mandat, notamment au cours des discussions, peut-être un peu vives, que pourront soulever les divergences doctrinales qui nous séparent, permettez-moi de faire appel d'avance à votre bienveillante indulgence.

Ce qui me rassure du reste un peu, c'est que s'il est des questions qui nous divisent, nous n'en sommes pas moins tous profondément unis par le même ardent désir de voir la Société Médico-Psychologique conserver la situation prépondérante qu'elle occupe depuis tant d'années. Cette situation, elle la doit à nos illustres

©BIUM

devanciers, et nous nous devons à nous-mêmes de la léguer, intacte sinon accrue, à nos successeurs, comme un pieux héritage.

C'est pour cela que je n'hésite pas à m'adresser aux savants correspondants et aux jeunes recrues de la Société, ainsi qu'à l'élite de travailleurs qui émerge à chaque printemps du concours de l'Adjuvat. C'est à ces derniers surtout, qui seront demain les « médecins-traitants », c'est-à-dire le rouage actif des futurs « hôpitaux d'aliénés », qu'il appartient de stimuler, s'il en était besoin, notre zèle et de nous infuser une sève nouvelle. En apportant ici le fruit de leurs travaux, ils retrouveront leurs anciens maîtres qui seront toujours heureux de mettre à leur disposition les ressources de leur longue expérience et de leur haute autorité.

Je craindrais, Messieurs, en insistant davantage, d'empiéter sur vos prérogatives ; permettez-moi cependant encore une courte réflexion.

Un de vos anciens présidents, M. Gilbert Ballet, qui, à toutes les qualités que vous lui connaissez, joint encore celles d'un délicat gourmet, vous disait naguère qu' « un plat de résistance est toujours le bienvenu sur les tables les mieux servies », et vous proposait, en conséquence, de mettre chaque année à votre ordre du jour une ou deux questions de pathologie mentale, d'assistance ou de traitement des aliénés.

Quelques faits récents d'ordre administratif, sans parler de la nouvelle législation sur les aliénés qui vient d'être votée, dans un de ses rares moments de loisir, par la Chambre des députés, me semblent donner à la proposition de notre sympathique et distingué collègue un regain d'actualité. En dehors de toute autre considération, elle aurait peut-être l'avantage de maintenir pour ainsi dire en éveil l'activité de la Société, et d'imprimer — sans l'imposer — une direction aux efforts hésitants ou indécis d'un certain nombre de travailleurs.

C'est à vous, Messieurs, qu'il appartiendra de trancher cette question. Quelle que soit votre décision, nous l'accueillerons, M. Gilbert Ballet et moi, avec déférence, sûrs d'avance qu'elle vous aura été inspirée par l'unique souci d'accroître sans cesse la prospérité de la Société.

Et maintenant, mes chers collègues, il ne me reste

©BIUM

plus, avant de vous inviter à reprendre le cours de vos travaux, qu'à exprimer une fois de plus à notre cher Secrétaire général l'assurance de notre profonde gratitude pour l'inaltérable dévouement qu'il met depuis tant d'années au service de la Société. En votre nom également, j'adresse les plus vifs remerciements à MM. les Secrétaires annuels pour le désintéressé concours qu'ils nous prêtent, et je souhaite enfin la bienvenue à votre nouvel élu, M. le Dr Séglas.

M. Séglas, en prenant place au bureau, adresse à ses collègues ses meilleurs remerciements pour l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire, en le nommant, à l'unanimité vice-président de la Société.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique relative au Congrès des Sociétés savantes qui se tiendra à Montpellier du 3 au 5 avril ;

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

3° Des lettres de MM. Algeri, de Monza ; Donath, de Budapest ; Soutzo, de Bucarest, qui remercient la Société de les avoir nommés membres associés étrangers ;

4° Une lettre de M. Riche, médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Magnan, Séglas et Chaslin, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Giovanni Motti, directeur du manicome d'Averra, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Semelaigne et Arnaud, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur la signification pronostique du signe d'Argyll Robertson*, par M. Alexander Pilcz, de Vienne ;

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de janvier ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de janvier ;

4° *Ecos de las Mercedes*, numéro d'octobre 1906.

©BIUM

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1907.

PRIX BELHOMME. —Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

Trois mémoires ont été envoyés :

N° 1. Auteur : M. le Dr L. Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher).

N° 2. Devise : « Connaître la marche naturelle des maladies, c'est plus de la moitié de la médecine. » (Trousseau.)

N° 3. Auteur : M. le Dr Roger Voisin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

PRIX ESQUIROL. — Pas de mémoire.

PRIX MOREAU (de Tours). — Six mémoires ont été envoyés.

N° 1. Les prophètes Juifs. Etude de psychologie morbide (Des origines à Elie), par M. le Dr Binet-Sanglé, professeur à l'Ecole de Psychologie.

N° 2. Le langage musical et ses troubles hystériques, par M. le Dr J. Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos-Aires.

N° 3. Dégénérescence mentale et hystérie. Les empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale, par M. le Dr René Charpentier, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

N° 4. Formes atypiques de la paralysie générale (Hémiplégique et aphasique); des prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses, par Mlle Constantza Pascal, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

N° 5. La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphylis nerveuse. Etude critique, par M. le Dr Antonin Porot, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

N° 6. Des sorties provisoires à titre d'essai. Contribution à la thérapeutique des maladies mentales, par M. le Dr Adrien Hocquet, interne de la Maison nationale de Charenton.

N° 7. L'assistance aux aliénés dans leur convalescence. Etude morale, statistique et clinique, par le Dr Fernand Bouffard.

PRIX SEMELAIGNE. — Question : *Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif.*

N° 1. Auteur : M. le Dr Bussard, de Neuilly-sur-Seine.

Nomination des commissions de Prix.

PRIX BELHOMME. — MM. Ballet, Joffroy, Klippel, Legras et Sérieux.

PRIX MOREAU (de Tours). — MM. Briand, Colin, Dupré, Moreau (de Tours), Vigouroux.

PRIX SEMELAIGNE. — MM. Christian, Kéraval, Legrain, Semelaigne, Sollier.

Rapport de la Commission des finances.

M. R. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société, au 31 décembre 1905, était de Fr. 3.817 24
Nos recettes en 1906 ont été de. . . . 2.868 75
Total. 6.685 99

Les dépenses ont été de. . . . . Fr. 3.743 65
Reste un excédent global de. 2.942 34

Pour les différents comptes nous trouvons :

Prix Aubanel. . . . . Fr. 1.411 60
Prix Belhomme 1.400
Prix Moreau (de Tours). 300
Total. 3.111 60

Quant au compte spécial de la Société Médico-Psychologique, l'excédent de dépenses qui, l'an passé, s'élevait à 594 fr. 36 par suite de l'achat de 50 francs de rente 3 p. 100, se trouve ramené cette année à 169 fr. 26 seulement, ce qui fait ressortir l'excédent net de recettes pour l'ensemble des comptes de la Société à 3.111 fr. 60 — 169 fr. 26 = 2.942 fr. 34.

La Société Médico-Psychologique dispose actuellement de 1.766 francs de rentes, savoir :

©BIUM

Compte de la Société Médico-Psychologique	Fr.	566
Compte du prix Aubanel.		800
Compte du prix Belhomme.		300
Compte du prix Moreau (de Tours) . .		100
	Total.	1.766

Messieurs, votre Commission vous propose d'approuver les comptes et de voter des félicitations à notre trésorier.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des félicitations sont votées au trésorier de la Société.

Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés,

par MM. Pactet et Courbon.

M. Courbon. — Messieurs, en vous communiquant au nom de M. Pactet et en mon nom, les deux observations qui vont suivre, notre désir serait d'ouvrir une discussion qui permît, à l'aide des éléments d'appréciation tirés de l'expérience de chacun, de se faire une opinion définitive sur la légitimité de la création de l'espèce clinique qui vous a été présentée, il y a quelque temps déjà, sous le nom de psychose systématisée chronique à base d'interprétations. C'est sous l'influence des idées de Kraepelin que s'est fait jour, en France, cette conception nouvelle, qui fut développée ici, tout d'abord, dans la séance du 24 février 1902, par MM. Sérieux et Capgras, en même temps qu'ils relataient plusieurs cas observés par eux et destinés à l'établir sur une solide base clinique. Plus récemment, MM. Deny et Camus, dans la séance du 28 mai 1906, rapportaient un nouveau cas de délire systématisé chronique d'interprétations.

Qu'il y ait des aliénés dont la systématisation délirante soit le produit à peu près exclusif d'interprétations erronées, c'est un fait qui ne saurait être contesté ; mais quand il s'agit d'attribuer à ce symptôme, uni, il est vrai, à d'autres éléments de différenciation, la valeur

©BIUM

d'un signe suffisant à caractériser une espèce, la question mérite d'être examinée avec un soin scrupuleux.

L'interprétation est une opération psychologique indispensable à la constitution de tout délire systématisé et, pour nous, la richesse d'un délire en interprétations est fonction de l'activité intellectuelle du sujet, tandis que la qualité des interprétations dépend de la valeur de son intelligence. Par suite, l'interprétation est un phénomène banal et dépourvu de tout caractère spécifique, puisque, sans elle, aucun délire systématisé ne peut s'établir.

A côté de l'abondance des interprétations, la psychose systématisée chonique à base d'interprétations se différencierait encore par l'absence presque constante d'hallucinations, sa marche lente progressive, l'absence d'évolution systématique, la persistance de l'intégrité des facultés intellectuelles et l'incurabilité absolue.

Or les deux observations suivantes sont relatives à des malades chez lesquels le délire, pur de toute hallucination, s'est formé et développé exclusivement à l'aide d'interprétations ; ce délire n'a subi aucune évolution systématique et la vigueur des facultés intellectuelles des sujets ne paraît pas avoir fléchi; celles-ci sont aujourd'hui ce qu'elles ont toujours été, assez développées chez l'un, plus débiles chez l'autre. L'abondance des interprétations délirantes, l'absence de troubles hallucinatoires d'aucune sorte, le défaut d'évolution, la conservation de l'intelligence et la chronicité de l'affection sont autant de signes qui sembleraient devoir conduire à faire rentrer ces deux malades dans la psychose systématisée chronique à base d'interprétations, et cependant tous les médecins qui, jusqu'à ce jour, ont eu à formuler une appréciation sur leur état mental les ont considérés comme appartenant au groupe des persécutés : l'un est un persécuté persécuteur classique, l'autre, qui n'est certainement pas un inconnu pour vous, en raison d'un douloureux incident qui faillit coûter la vie à l'un des membres de la Société, apparaît comme un débile atteint du délire de la persécution systématisé, sans hallucinations.

On conçoit donc que, dans certains cas, l'embarras peut être grand pour savoir si tel malade relève du

©BIUM

délire de persécution ou de la psychose à base d'interprétations et qu'il conviendrait, par suite, de préciser davantage les caractères de cette espèce clinique, afin de lever les doutes qui surgissent en présence de faits cliniques analogues à ceux que nous rapportons.

Obs. I. — Le premier de nos malades, âgé de quarante-huit ans, est un repris de justice, dans la famille et dans le passé duquel on ne trouve aucun antécédent.

Au cours de l'accomplissement d'une des innombrables condamnations qu'il encourut, apparurent, il y a sept ans, ses premières idées de persécution. A la suite d'une punition qui lui fut infligée pour une infraction au règlement pénitentiaire (il était parvenu à garder sur lui une certaine somme d'argent), il se mit à adresser réclamations sur réclamations aux autorités. La violence des termes dont il se servait lui attirait de nouvelles punitions, qu'il prétend lui avoir toujours été infligées par le directeur de la prison; celui-ci, affirme-t-il, gardait les lettres du prisonnier et lui faisait expédier de Paris des réponses apocryphes, ou commettait pour l'expertise de faux magistrats. Changé plusieurs fois de maisons pénitentiaires, tous les directeurs, tous les gardiens, tous les médecins, se firent les complices du premier faussaire.

La violation des règles d'un protocole purement imaginaire, lui prouve la fausseté des lettres soi-disant officielles qu'il reçut. Ces règles, qui n'existent nulle part, sont inventées par le malade; il a en leur existence une foi inébranlable; quand on discute avec lui à ce sujet, il oppose des affirmations de plus en plus opiniâtres à toutes les objections; pour seul argument, il déclare qu'elles sont formulées dans le Code et qu'il suffit de savoir les y trouver.

En voici quelques-unes :

Le président de la Chambre, déclare-t-il, a à sa disposition deux griffes : l'une personnelle, de forme carrée, qu'il ne doit employer que pour sa correspondance privée; l'autre, ronde, qui est officielle. Cette dernière est la seule dont il puisse se servir dans ses relations administratives. Or, une réponse reçue par le malade porte la griffe carrée. Jamais le président de la Chambre n'aurait commis cette faute.

Toute pétition est une œuvre collective; l'adresse d'un seul plaignant n'est pas une pétition, c'est une plainte. Or, à propos d'une supplique personnelle qu'il avait envoyée au Sénat, on lui répond qu'on l'a transmise au Bureau des pétitions. Sa plainte devait rester au Sénat, qui aurait nommé une Commission pour l'examiner; elle n'est donc pas réellement parvenue au président Fallières.

©BIUM

Les prévenus dépendent du ministère de la Justice, mais les condamnés sont du ressort du ministère de l'Intérieur. Or, à une requête destinée à la Chambre des députés, il fut répondu qu'on avait soumis son cas au ministre de la Justice, preuve que cette fois encore sa requête ne franchit pas les murs de la prison.

Tous les tampons doivent être placés au bas des pages. Toutes les pièces qu'il a reçues sont tamponnées dans le haut ou latéralement.

Chaque note doit porter une date et une signature manuscrites : beaucoup de celles qu'il a ne sont ni datées ni signées.

Enfin, les lettres des autorités ne doivent parvenir aux prisonniers que par voie hiérarchique, c'est-à-dire passer successivement par le ministère de l'Intérieur, la préfecture du département, la Direction de la prison, et arriver enfin au destinataire. Or, toutes ses enveloppes portent la suscription directe B..., à la prison de Beaulieu.

La violation de ces règles prouve que ces pièces sont l'œuvre d'un faussaire et que ce faussaire est un maladroit. Le malade profite de cette réflexion pour se décerner quelques éloges ; il ne manque d'ailleurs aucune occasion de vanter son intelligence et de bafouer ses ennemis.

Mais d'autres preuves, perceptibles même pour un ignorant des questions juridiques comme l'est le médecin qui l'examine, décèlent la fausseté de ces pièces.

Ainsi, un bulletin, soi-disant émis de la Chambre des députés, contient pour toute explication un morceau de *Journal officiel* rapportant une interpellation de M. Gaillard Bancel. Ce député annonçait son intention d'interpeller le ministre de la Justice au sujet d'une plainte que lui avait envoyé notre malade. Jamais le président de la Chambre n'aurait pris la peine de découper un journal, journal qui d'ailleurs est faux, comme le prouve la lecture de ce qui était imprimé au verso de la page (il ne s'agissait plus du malade).

De plus, en s'aidant d'une loupe, on constate que le chiffre au crayon bleu indiquant le numéro de la cellule, chiffre qui aurait dû être tracé à la prison au reçu de la lettre, l'a été en réalité avant que celle-ci fût jetée à la boîte. En effet, le tampon de la poste recouvre le chiffre bleu au lieu d'être recouvert par lui. Le directeur de la prison écrivait donc la lettre, traçait par précaution le numéro de la cellule, puis envoyait quelqu'un à Paris mettre cette lettre à la poste

Les efforts du directeur pour rendre ses faux plus vraisemblables ne font que les mettre plus en évidence. Par exemple, toutes les enveloppes sont timbrées du bureau de la rue de Bourgogne à Paris ; or, il est peu probable que toujours les

©BIUM

personnages politiques usent de ce bureau ; au contraire, il semble plus naturel qu'ils jettent leur correspondance dans la boîte la plus rapprochée de leur domicile.

Sur deux lettres non affranchies qui lui furent expédiées du ministère de l'Intérieur, pesant toutes les deux le même poids, l'une lui fut remise sans frais, tandis que pour l'autre il dut débourser 30 centimes, comme l'indique le timbre qui s'y trouve collé. L'une des deux au moins était fausse.

Enfin, le temps écoulé entre certaines de ses requêtes et les réponses qu'il en recevait était trop court, pour qu'elles émanent réellement de la personne à qui il s'était adressé, étant données les lenteurs coutumières à notre administration. Habitant le département du Calvados, il aurait dû attendre au moins quinze jours une réponse venant de Paris.

C'est avec le même esprit qu'il interprète la visite des personnages officiels chargés d'aller le voir.

Un jour, un individu se disant commissaire de police se présente devant lui et lui tend comme pièce d'identité une carte à en-tête du ministère de l'Intérieur. C'était un imposteur, car les commissaires dépendent de la justice ; ils ne doivent circuler dans les prisons que ceints de leur écharpe et aussi avoir l'air plus distingué. Le malade, toujours heureux de se montrer spirituel, lui demanda s'il n'avait pas vendu son écharpe pour boire.

Il établit des rapports de cause à effet entre des événements qu'une simple coïncidence a réunis. Ainsi il n'y avait pas dix minutes qu'il avait remis une requête au vaguemestre, qu'il reçoit la visite d'un personnage se déclarant Procureur de la République. Il était porteur d'une plainte adressée par le malade, quelques jours auparavant, à la justice. Cette démonstration ne prouva qu'une chose : c'est que cette plainte avait été gardée par le directeur ; celui-ci ému par la dernière requête avait dépêché aussitôt un complice chargé de se donner pour Procureur. Mais ce Procureur improvisé n'avait même pas de carte de visite sur lui ; il s'était dérangé un dimanche, alors que ces messieurs de la magistrature respectent scrupuleusement le repos dominical ; enfin au lieu du cérémonial accoutumé pour un tel visiteur, on le reçut modestement dans le même cabinet que le commissaire. Pour toute réponse il s'attira ces seules paroles : « Procureur, vous ? vous êtes un échappé du bagne, ou du moins, vous mériteriez d'y être pour accepter de jouer un aussi vilain rôle. »

Une autre fois le conseil de revision visitant la prison, notre malade demanda à parler au préfet. Mais celui-ci, retenu dans la cour intentionnellement par le Directeur qui voulait lui cacher ce prisonnier, était absent ; le maire s'avança. Le

malade lui confia alors quelques documents avec mission de les remettre au préfet. Quarante-quatre jours après, ces documents lui étaient rendus par un gardien qui lui dit que le préfet en avait pris bonne note. Or, une enveloppe portant l'en-tête de la colonie pénitentiaire, trouvée parmi ces documents, prouva au malade que ceux-ci n'avaient pas été donnés au préfet. Ils avaient été gardés par le directeur et le hasard permit que l'enveloppe révélatrice de leur séjour à la colonie se glissât au milieu d'eux.

Signalons encore l'interprétation qu'il donnait de la conduite du médecin quand, pour le faire traiter de la maladie dont il se plaignait, on voulut le conduire à Sainte-Anne. C'était pour le soustraire aux yeux du Procureur dont la visite de fin d'année était attendue d'un jour à l'autre.

Ces idées de persécution sont accompagnées d'idées de grandeur très marquées, et comme conséquence première nous citerons l'influence considérable que la flatterie exerce sur lui. Dans ses moments de colère, lorsqu'il menace, un compliment lancé à son intelligence le désarme aussitôt. « Oh! oui, je suis malin, s'écrie-t-il, celui qui aura le dernier mot avec moi n'est pas encore en vie. » Et il se plaît à citer ses traits d'esprit. Il vante ses prouesses de cambrioleur, s'attribue les beaux coups dont tout le monde a lu les récits dans les journaux, prétend avoir toujours roulé ses compères et fait des récits imaginaires dont l'exagération même trahit la fausseté.

Obs. II. — Le second de nos malades est un débile, âgé de cinquante-trois ans, qui, pendant les premières années de son existence, eut comme marinier, en France, une vie normale.

A trente-trois ans, peu après son mariage, il partit pour la République Argentine où apparurent bientôt ses premières idées de persécution. Elles se portèrent d'abord contre sa femme qu'il accusa de le tromper avec son patron. Puis un délire systématisé s'établit bientôt, englobant tous les personnages avec qui il eut affaire désormais. C'est en vain qu'il mena depuis une vie errante et fugitive, traversant plusieurs fois les mers pour échapper à son ennemi; toujours les émissaires de ce patron persécuteur l'avaient précédé et avaient soudoyé contre le malade les gens avec qui il devait entrer en rapport.

Interné et relâché à diverses reprises, pas un instant, depuis plus de dix-huit ans, il ne fut tranquille; toujours on l'espionne, toujours on le surveille, toujours, par des gestes malveillants, on lui fait comprendre qu'on se moque de lui.

Innombrables sont les interprétations délirantes de ce malade; nous ne citerons que les principales; la plupart portent l'empreinte de la débilité mentale.

©BIUM

Dès le début on les rencontre : Depuis quelques mois il était certain de l'adultère de sa femme, bien qu'il ne l'ait jamais surprise, lorsqu'il eut soudain la révélation du danger de mort qui planait sur sa tête.

Une nuit, sa femme eut un cauchemar au cours duquel elle prononça ces paroles : « Oh! les brigands, les brigands. » C'était le remords, déclare-t-il, qui trahit ainsi sa compagne à la veille même du crime.

En effet, au matin, l'Indien chargé de la boucherie vint demander à la fermière s'il fallait tuer aujourd'hui. Or ces paroles ne pouvaient que le viser, car, la veille même, plusieurs animaux ayant été abattus, les provisions de viande étaient suffisantes pour toute la semaine.

Il se décida alors à prendre la fuite, sans mettre à exécution l'idée première qu'il avait eue de tuer sa femme dont les remords anticipés avaient éveillé en lui la pitié.

Il partit donc armé jusqu'aux dents et muni de vivres pour plusieurs jours, et s'enfonça dans la brousse afin d'éviter les villes où il craignait la rencontre des séides de son maître.

Sa femme s'attacha à ses pas et le suivit toute la nuit. Elle lui proposa à diverses reprises de porter son fusil pour le soulager, mais il se garda bien d'y consentir, persuadé que c'était pour en user contre lui. Dès la fin du jour suivant il lui enjoignit de le laisser et reprit sa course solitaire.

En le quittant elle insista beaucoup pour lui faire accepter une malle. Mais il refusa, flairant un piège, et depuis il comprit qu'il avait eu raison; car, ayant lu plus tard qu'un individu après avoir commis un assassinat avait caché le cadavre dans une malle, il est assuré que c'était son propre cercueil que sa femme voulait lui faire emporter.

Depuis, ces interprétations erronées s'étendirent aux moindres événements de la vie.

On entrait chez lui quand il n'y était pas, on fouillait ses affaires, on lisait, par le moyen des rayons X, ce qu'il écrivait.

Les journaux étaient pleins d'allusions à son histoire. Les affiches des murs étaient autant d'énigmes qu'il déchiffrait.

Dans les rues, des gens suspects le suivaient, on le bousculait, on mettait des voitures de fumier sur son passage ; en le coudoyant, les passants se chuchotaient à l'oreille, on lui faisait des grimaces, on lui tournait le dos, un curé se frottait les ongles des mains en le regardant pour lui dire qu'il était plein de poux.

Jamais il n'interpella un provocateur, c'est l'observation seule qui lui donna le sens malveillant de leurs gestes, et il leur répondait par des gestes analogues. Au curé, il répondit en se décrivant un cercle au-dessus de la tête pour signifier que les

©BIUM

poux de son adversaire étaient bien plus nombreux que les siens puisqu'ils lui avaient tonsuré le cuir chevelu.

En sortant de chez lui, il laissait sur la table des phrases pleines de sous-entendus que comprenaient ses ennemis : « J'y suis toujours quand je ne réponds pas; je trouve la circonférence pendant que je cherche le diamètre. » Cela voulait dire, nous explique-t-il, qu'il voulait suivre le droit chemin, mais qu'on l'obligeait à faire des détours.

Il dessinait un âne sous lequel il traçait ces mots : « C'est un âne qui a les yeux près du crâne, il est toujours sur la défensive, il n'est pas à vendre, il vaudrait mieux le laisser tranquille. Tout à vous, ci-conjoints. »

Le sens était le suivant : Vous me prenez pour un âne, mais j'y vois clair, je sais me défendre, gare à vous. Quant au dernier mot, il suffit de séparer les deux syllabes qui le constituent pour avoir l'épithète injurieuse qu'en argot le malade adresse à la bande de ses ennemis.

« Il y a une différence notable entre les soldats et moi; c'est qu'eux font des assauts et moi des sursauts ». Il signifiait par là que si on lui livrait des assauts, lui saurait rendre ses agresseurs sots.

Un jour, après avoir tiré un coup de revolver en Amérique sur un hôtelier, il alla placer devant la maison du blessé, qu'il croyait mort, un « morceau » de « cerceau » pour indiquer par là : le mort était sot, c'est ainsi que je sers les sots.

Cette violence ne fut pas la seule à laquelle il se livra. Plusieurs fois, il eut recours au revolver et au poignard, moins pour abattre un ennemi que pour attirer sur son cas l'intervention de la justice. La dernière victime fut le médecin de Sainte-Anne chargé de son expertise mentale.

Il n'eut jamais d'hallucinations; il se plaint qu'à diverses reprises on mêla des drogues à ses aliments pour le faire souffrir; mais jamais il ne fut mis en garde au moment de ses repas; la nourriture n'avait jamais de goût spécial; mais les coliques, la toux ou les insomnies consécutives à l'ingestion lui firent conclure à la présence de substances maléfiques.

Quand il avait des raisons pour suspecter les plats qu'on lui offrait, il y plongeait une monture de lorgnon en argent, chaque fois il vit se noircir la monture, et naturellement se garda chaque fois d'y toucher.

Le seul trouble sensoriel qu'il présente est le « cri bestial ».

Le cri bestial est le nom qu'il donne au sifflement de l'oreille droite. Quand on dit du mal d'une personne, son oreille droite bourdonne; c'est là, nous affirme-t-il, une vérité indéniable et communément admise. Eh bien, à chaque instant, il entend un

©BIUM

sifflement dans son oreille droite. Ce sont des sifflements répétés qui accompagnent ou même précèdent toutes ses actions.

Indépendamment de la valeur consacrée par l'opinion universelle à ce signe, il a pu expérimenter sa juste signification de la façon suivante : Dès qu'il entendait ce sifflement, il accomplissait un geste quelconque, toussait, se retournait, se grattait le nez, et immédiatement le sifflement redoublait. C'est que les espions se contaient entre eux, sans qu'ils puisse comprendre leurs paroles, tous les mouvements que venaient d'accomplir leur victime, et pour que celle-ci sache bien qu'ils ne la perdaient pas de vue ils lui envoyaient ce « cri bestial » dans l'oreille. Si, au contraire, le malade restait immobile, le bruit disparaissait.

Ces expériences, répétées mille fois, sont suffisamment probantes pour qu'on puisse se passer de tout autre contrôle, affirme-t-il.

Quant au sifflement de l'oreille gauche, indice du bien qu'on prononce de vous, il lui est bien arrivé parfois de le percevoir, mais combien rarement.

Ainsi, nous sommes en présence ici de deux malades persécutés dont toute l'activité, depuis plusieurs années, se dépense en récriminations de toutes sortes contre de prétendus ennemis. L'un d'eux a eu recours plusieurs fois au revolver ou au poignard. Si l'autre n'a pas encore employé la violence, c'est uniquement à l'impossibilité matérielle dans laquelle il s'est trouvé jusque-là, du fait de son emprisonnement d'abord et de son internement ensuite, qu'est due sa modération.

Ils n'ont jamais eu d'hallucinations. Leur délire s'est constitué uniquement à l'aide d'interprétations et n'a subi aucune évolution systématique. Dans quelle catégorie de la nouvelle classification nosographique doit-on les ranger? Sont-ils des persécutés persécuteurs ou faut-il les considérer comme atteints de psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes?

C'est aux partisans de la nouvelle classification qu'il appartient de fournir les arguments décisifs permettant de résoudre le problème.

Sur la demande de plusieurs membres, cette question est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance, et M. VIGOUROUX s'inscrit pour prendre la parole dans la discussion.

Le Placement des aliénés difficiles,

par M. A. VIGOUROUX.

Je voudrais vous communiquer les observations résumées de deux débiles moraux dont la vie s'est écoulée partie en prison, partie à l'asile, et qui manifestement ne sont à leur place ni dans l'un ni dans l'autre de ces établissements.

Les prisons, par l'intermédiaire des médecins experts, les déversent dans les asiles ; des asiles, ils s'évadent ou quelquefois ils sortent pour reprendre le cours de leur vie irrégulière.

OBS. I. — Bol... est un homme de trente-huit ans. Il a encouru vingt-six condamnations pour mendicité, ivresse, outrages à agents et subi quatorze ou quinze internements d'une durée plus ou moins longue.

Il présente des stigmates physiques de dégénérescence nombreux : asymétrie faciale, strabisme externe très prononcé de l'œil droit ; de plus il a une atrophie du bras gauche consécutive à une fracture du coude vicieusement consolidée. Il est en outre d'une insuffisance intellectuelle notoire ; ses notions sont très bornées ; à peine sait-il lire, écrire et additionner : il est incapable de gagner sa vie. Cependant il est rusé et adroit.

Sa débilité morale est plus évidente encore ; il considère comme un droit absolu de vivre, au dehors, de mendicité, de simuler des infirmités pour attirer la pitié des passants, de boire et de s'enivrer.

Son histoire est curieuse, bien qu'un peu monotone. Il a commencé à l'âge de dix ans à avoir affaire avec la justice. A dix ans, il était condamné pour vol par le Tribunal de Lyon à être détenu dans une maison de correction jusqu'à sa majorité. Libéré et réformé du service militaire pour ses anomalies physiques, de vingt et un à vingt-trois ans il encourt dix condamnations à Lyon, à Château-Thierry, à Amiens, pour vagabondage et mendicité.

A vingt-trois ans, il est à Paris du 12 avril au 25 novembre 1893, il encourt cinq condamnations pour les mêmes motifs.

En 1894, il purge une condamnation à la Santé, quand son attitude fait suspecter son intégrité mentale. Il est l'objet d'un premier rapport médico-légal du Dr Garnier. Celui-ci le considère comme un imbécile irresponsable.

©BIUM

Bol... est interné à Ville-Evrard (février 1895) ; il s'en évade le 2 mars. Réintégré il obtient sa sortie pour rentrer à Lyon. A peine arrivé à Lyon, il fait une demande de rapatriement à Paris.

Le 14 août de la même année, il est en prison à Bordeaux ; quelques mois plus tard, octobre 1895, il est à l'asile d'Angoulême.

Le 16 mars 1896, il veut entrer de force à l'asile Sainte-Anne, fait du scandale, est arrêté et interné ; il est envoyé à l'asile de Vaucluse ; le 7 juin il s'évade de Vaucluse.

Le 5 novembre 1896, arrêté pour ivresse, outrage à agent, il fait l'objet d'un rapport du Dr Vallon.

Interné à Vaucluse le 7 novembre, il s'évade le 3 janvier 1897 ; réintégré, il s'évade de nouveau le 1er mars ; réintégré, il est transféré à l'asile de Tours.

Après quelques mois de séjour à l'asile de Tours, il obtient sa mise en liberté par un arrêté du tribunal civil de Tours (24 décembre 1898).

Vingt et un jours après sa libération, il est arrêté de nouveau pour vagabondage et mendicité, interné à Vaucluse et transféré à l'asile de la Charité (28 janvier 1898).

Evadé de cet asile et voyageant sans billet, il est arrêté à Paris pour infraction à la loi des chemins de fer (20 novembre 1899). Interné à Vaucluse (25 novembre 1899) il s'évade (25 février 1900) ; réintégré il fait une nouvelle tentative d'évasion et sur ses promesses de travail régulier est mis en liberté (9 juin 1900) par le médecin de la Préfecture de police.

Du 19 septembre au 25 décembre 1900, il est interné à l'asile de Lyon ; de retour à Paris il est arrêté deux fois et fait deux séjours à Nanterre (avril et mai 1901).

Le 16 août 1901, nouvelle arrestation, nouveau rapport médico-légal du Dr Legras, nouvel internement à Vaucluse d'où il est transféré à l'asile de Saint-Lizier, le 28 avril 1902. Il reste deux ans à Saint-Lizier (octobre 1904). Il sort de Saint-Lizier par arrêt du tribunal.

En novembre 1904, il est arrêté mendiant et simulant une infirmité ; interné à Bicêtre, il est transféré à Nanterre.

Un mois plus tard, nouvelle arrestation ; armé d'un couteau il blesse un agent à la main : quatrième rapport médico-légal concluant à l'internement.

Interné à Bicêtre, le 20 janvier 1905, il obtient sa sortie du Dr Séglas parce qu' « en dehors de sa débilité morale il ne présente pas de délire ».

Le 24 janvier 1906, il est condamné à deux mois de prison qu'il fait ; le 19 août, il est de nouveau arrêté pour mendicité, ivresse, outrages aux agents.

©BIUM

Condamné à quatre mois de prison et cinq ans d'interdiction de séjour, Bol... écrit au président du tribunal une lettre injurieuse: « Vous avai agi comme des bruttes, je méritai pas d'être condamné vu que j'ai été interné dans des maisons d'aliéné... Vive la France et la République en bas les juges de Versailles. »

Il appela du jugement et la chambre des appels correctionnels me commit pour examiner son état mental. Il est de nouveau interné à Vaucluse.

Voilà donc un individu, débile intellectuel et surtout moral, incapable d'exercer une profession, incapable surtout de résister à l'attrait d'un verre d'alcool, qui ne peut vivre en liberté sans commettre de nombreux délits. Il ne sait que mendier et boire l'argent qu'il a obtenu en mendiant.

Toute sa vie s'est passée à la prison et à l'asile; quand il est en prison, il se réclame de ses internements antérieurs pour aller à l'asile, et quand il est à l'asile, la privation d'alcool surtout le pousse à s'évader.

Il est peu intelligent, mais il est assez rusé pour pouvoir s'évader de presque tous les asiles. Il l'a prouvé.

Son attitude n'est pas la même du reste à la prison qu'à l'asile; je ne veux pas dire qu'il simule, mais cependant en prison il exagère son insuffisance mentale.

A l'asile, au contraire, grâce à la vie régulière, à la bonne hygiène, il est moins déprimé.

Nous avons vu qu'alors que les experts qui l'ont vu en prison, Garnier, Vallon, Legras et moi-même l'avons considéré comme débile devant être interné, des médecins d'asile, Marandon, Séglas, etc., le mettent en liberté, le médecin inspecteur le fait sortir de Vaucluse et même, à Tours et à Saint-Lizier, le tribunal civil ordonne sa mise en liberté.

Obs. II. — Dam... est un homme âgé de trente-sept ans, de physionomie doucereuse et un peu hypocrite, mais intelligente et rusée.

Il est bien constitué, ne présente pas d'anomalie physique ni de stigmates d'hystérie.

Il a quelques tics du peaucier, du cou et du trapèze, tics qui s'exagèrent dans certaines circonstances, et un spasme clonique

©BIUM

permanent du muscle pectoral gauche. Pas de troubles des réflexes tendineux ni des réflexes pupillaires, pas de troubles des organes.

Né en 1870, il encourut sa première condamnation pour vol en 1886, à seize ans, vol de plusieurs centaines de francs au préjudice du pharmacien chez lequel il était employé.

A vingt-trois ans, en 1893, le 13 mai, il avait dix condamnations pour vol et s'entendait condamner à six mois de prison et à la relégation.

Déjà, en 1890, il avait fait un court séjour à l'asile de Niort pour troubles mentaux et nerveux survenus à la suite d'une arrestation pour bris de clôture.

A vingt et un ans, appelé à faire son service militaire, il avait été réformé pour attaques d'épilepsie (??).

En 1893, après sa dernière condamnation à la relégation, pour vol d'un bronze d'art au magasin du Louvre, étant à Mazas, il déchire ses vêtements, s'excite, et obtient un examen médico-légal du Dr Garnier, qui le reconnaît atteint de *débilité mentale*. Il est interné à Villejuif. Il s'en évade quelques semaines après.

Un an plus tard, en 1894, il est de nouveau arrêté pour vol de lingerie au Bon Marché. Nouveau rapport du Dr Garnier concluant à l'internement. Placé à Bicêtre, il en sort au bout de trois mois, après un certificat du Dr Deny constatant qu'il n'a présenté aucun trouble mental depuis son entrée.

De 1894 à 1900, il quitte Paris et nous ne trouvons pas sa trace dans les dossiers de la Préfecture.

En 1900, nouvelle arrestation pour vol à l'Hôtel de Ville, sous le nom de Jovis. Rapport médico-légal du Dr Dubuisson. Internement à Villejuif. Evasion, en 1901, de l'asile de Villejuif.

Quelques mois après, avril 1901, vol de coupons de soie au Bon Marché. Nouveau rapport du Dr Dubuisson, nouvel internement à l'asile Sainte-Anne dans le service du Dr Vallon. Dans un certificat, le Dr Vallon le signale comme un débile moral poussé au vol par des recéleurs dont il donne les noms.

Il est transféré à l'asile de Poitiers.

A l'asile de Poitiers, le Dr Lagrange le conserve quinze jours comme malade et le garde deux mois comme infirmier. Il le considère comme « adroit, vicieux, intelligent, responsable et simulateur ».

Il rentre à Paris en 1903, il est arrêté le 15 avril pour vol avec effraction : à 9 heures du soir, il jette un pavé entouré d'un foulard dans la devanture d'un bijoutier et vole un écrin de 15.000 francs.

Après un nouveau rapport du Dr Garnier, il est interné à

©BIUM

Sainte-Anne, où il reste deux ans employé à la bibliothèque et à la salle de garde et se montre très raisonnable.

Sa sortie lui est délivrée par M. Dagonet et par M. Ritti, médecin inspecteur, et il est conduit à la gare de Châtellerault (mai 1905). Il revient au bout de quelques jours à Paris, et en 1906 (22 mars), il commet un nouveau vol de chaussures, et après un nouveau rapport du Dr Roubinovitch il est interné à Vaucluse.

Dès son arrivée, il nous raconte qu'il a commis le vol de chaussures en pleine conscience et dans le but de se faire interner, car il était dans la misère, le commerce des cartes postales artistiques n'allant pas après le jour de l'an.

Il se défend d'être kleptomane, et invoque pour le prouver le fait intéressant qu'il n'a jamais volé à l'asile.

A l'asile, il se montre calme, non délirant, travailleur. Quelques mois après son entrée, il attire sur lui l'attention par une vilaine affaire de mœurs : il avait mordu la verge d'un jeune débile, dans le but, disait-il, de le moraliser et de lui faire perdre de mauvaises habitudes.

Proposé pour un transfert en province, il s'évade le 9 novembre 1906.

Réintégré le 15 décembre, il proteste contre son internement. Il déclare au Dr Legras qu'il se verra obligé de s'évader de nouveau.

Il trouve très injuste sa réintégration.

Pourquoi, en effet, a-t-il été interné en mars 1906 ? pour le vol d'une paire de chaussures. Il trouve que les six mois d'internement constituent une punition suffisante. Il a payé sa dette et réclame sa sortie. Il est en somme entré volontairement à l'asile en simulant, il est vrai, mais il considère qu'il a le droit d'en sortir volontairement.

Il prétend avoir toujours simulé des troubles mentaux et nerveux pour tromper les médecins experts, afin d'éviter la prison et la relégation. Sa simulation avouée, il ne peut plus, il ne doit plus être maintenu à l'asile.

C'est, en somme, un débile moral, vicieux, incapable de vivre au dehors sans commettre des délits. C'est, avant tout, un menteur, et il est difficile de savoir quand il ment et quand il simule. Est-ce quand il se déclare poussé au vol par des receleurs, quand il se donne comme impulsif, hystéro-épileptique? ou bien ne ment-il pas lorsqu'il dit avoir simulé?

Dans la première partie de sa vie, de seize à vingt-trois ans, il a commis dix vols et encouru dix condamnations à la prison et à la relégation ; de vingt-trois ans à maintenant, il a commis cinq ou six vols, au moins, auxquels ont correspondu six internements.

©BIUM

Les médecins experts : Garnier, Dubuisson, Roubinovitch, le reconnaissent irresponsable pour des motifs variés, et déclarent qu'il doit être interné. — Interné, certains médecins le maintiennent interné, — il s'évade de l'asile ; d'autres : Deny, Ritti, Dagonet, Lagrange, le considèrent comme un simple vicieux et le mettent en liberté.

Ces deux observations ont un grand nombre de points communs. Ces deux sujets sont tour à tour considérés comme responsables et comme irresponsables, comme devant être internés ou pouvant vivre en liberté, par les médecins aliénistes, suivant que ceux-ci agissent comme médecins experts ou comme médecins chefs de service.

Comme experts, ils considèrent que ces malades qu'ils voient en prison, fatigués, déprimés par la vie irrégulière qu'ils ont menée au dehors et peut-être aussi exagérant un peu leur défectuosité mentale, ne peuvent pas être justement condamnés, qu'ils ne sont pas intimidables par les moyens ordinaires ; comme chefs de service, ils constatent que ces mêmes malades, débiles moraux, vicieux, rusés, instables, évadeurs, ne trouvent pas leur place dans le service, qu'ils troublent, au milieu de véritables aliénés, qu'ils contagionnent.

Tous les aliénistes sont d'accord, je pense, pour affirmer que la place de ces malades est dans un asile spécial, et tous nous attendons avec impatience l'ouverture du service de notre collègue, le Dr Colin.

Aussi je voudrais, à l'occasion de ces deux observations qui me paraissent assez typiques, demander à notre collègue Colin quelques renseignements sur l'entrée, le maintien et la sortie de ces malades dans son service.

Comment ces malades entreront-ils dans son service? A la suite des conclusions des médecins experts? ou après examen des médecins de l'admission?

Si déjà un certain nombre d'entre eux sont placés dans les services ordinaires, les médecins pourront-ils demander leur transfert dans ce service spécial?

Enfin, ces malades une fois placés, qui décidera de leur maintien ou de leur sortie?

Leur sortie sera-t-elle proposée et accordée dans les conditions ordinaires?

©BIUM

Sur la demande de M. Colin, la discussion de la communication précédente est renvoyée à la prochaine séance.

De l'Involution présénile dans la folie maniaque-dépressive,

par le Dr Maurice Ducosté.

En dehors des psychoses qu'elle tient entièrement sous sa domination, et dont je ne parlerai pas ici, l'involution présénile joue un rôle souvent considérable dans l'évolution et le pronostic de diverses espèces mentales. Parfois, elle peut donner à ces états morbides des allures qui en modifient singulièrement l'aspect clinique et en rendent le diagnostic très délicat.

Cela seul légitime, je crois, l'étude des rapports de l'involution et des psychoses.

Je ne saurais d'ailleurs entrer ici dans le développement des nombreuses questions histologiques et pathogéniques qui peuvent permettre de définir et de délimiter l'involution présénile, et je n'ai pas non plus la prétention de toucher à tous les points, d'une infinie complexité, que soulèvent ses rapports avec les psychoses.

Je pense revenir sur ce sujet en des communications ultérieures et je me bornerai pour l'instant à donner quelques brèves indications — des sommaires, en quelque sorte, de chapitres que je me propose de développer plus tard — sur le rôle de l'involution dans la Folie maniaque-dépressive.

Les intermittents entrent dans les asiles surtout à la puberté et à l'involution. La courbe de leurs internements présente deux maximums : l'un à la puberté, l'autre au moment de l'involution. D'après les relevés des cas publiés dans les auteurs français et étrangers, si 100 maniaques-dépressifs entrent dans les asiles de 15 à 25 ans, il y en a 56 qui y sont admis de 45 à 55. Sur ces 56 malades, un peu moins de 22 sont internés pour la première fois. Il en est 14 dont cet accès de l'involution est le second accès, le premier s'étant manifesté à

©BIUM

la puberté. Il y en a donc 20 qui ont des accès intercalaires à la puberté et à l'involution et qui en ont d'autres à cette dernière phase.

Ces faits sont par eux-mêmes fort suggestifs. Ils démontrent bien l'influence de l'involution sur le développement de la folie maniaque-dépressive. Si l'on fait abstraction de la puberté qui joue ici un rôle considérable, on voit que l'involution rend, pour la première fois, évidente la manie-mélancolie chez un grand nombre de sujets.

Je dis « rend évidente » et non « créée ». Il faut admettre, en effet, que la folie maniaque-dépressive est une affection congénitale, ou tout au moins dont le germe est préformé dans l'individu. L'hérédité s'y rencontre dans 90 p. 100 des cas, et probablement elle ne manque dans aucun. Mais ce germe ne se développe que sous certaines influences dont les deux principales sont la puberté et l'involution présénile, ou, pour mieux dire, c'est à ces deux points extrêmes de la vie complète de l'homme qu'est mise en évidence une psychose qui en d'autres temps reste latente.

Il ne faut point croire, en effet, que la folie maniaque-dépressive soit créée de toutes pièces par cet essai d'équilibre biologique et de mise en valeur de toutes nos disponibilités où s'efforce la puberté, et cette hésitation que manifeste l'organisme au moment où l'insénescence va l'abattre.

Un intermittent naît intermittent. Toutes les fois que nous pouvons recueillir des renseignements sincères et précis sur sa vie mentale antérieure à ses accès francs, nous y percevons des signes indéniables de la psychose qui constitue en quelque sorte sa manière d'être et sa forme psychique naturelles.

Il est certain qu'un grand nombre de sujets considérés comme normaux sont des circulaires frustes, et pour eux, les faits le prouvent, l'involution présénile est une phase de leur existence particulièrement redoutable.

Autre fait : alors qu'un accès de mélancolie ou de manie dure en moyenne trois mois lorsqu'il s'est développé à la puberté, l'accès de l'involution persiste pendant un peu plus de huit mois. Ces chiffres sont la moyenne des cas de folie maniaque-dépressive que j'ai

colligés. Je ne les donne d'ailleurs que sous les plus extrêmes réserves, les observations publiées n'étant pas généralement sous ce rapport d'une précision suffisante. Mais le fait brut reste indéniable de la plus grande durée de l'accès de l'involution.

Il est même certains cas où il se prolonge tellement qu'ils ont pu faire croire à la chronicité de la manie et de la mélancolie. Je n'ai pu trouver dans les auteurs un seul exemple de manie et de mélancolie chroniques développé avant la présénilité ou la ménopause virile ou féminine.

Si cette observation est bien l'expression de la vérité clinique, elle est susceptible, semble-t-il, de pouvoir réduire les diverses opinions que les psychiatres ont émises sur la manie et la mélancolie chroniques à une conception unique, en elle-même très séduisante.

A côté de ces faits et de ces arguments dont l'importance paraît grande, il en est d'autres encore plus intéressants.

Il entre parfois dans les asiles des malades qui, portant le diagnostic de paralysie générale, en présentant en effet, en une association plus ou moins complète, les symptômes physiques et intellectuels, guérissent. Or, ces malades sont des involués. Si l'on étudie de près leur vie antérieure, on s'aperçoit que ces faux paralytiques ont été jusque-là des intermittents. Ils ont été internés plusieurs fois ou leur dépression et leur excitation périodiques eussent pu légitimer l'isolement. Leurs familles nous disent les difficultés qu'elles ont eues à vivre avec ces sujets. Ce sont des excentriques, tantôt gais et exubérants, tantôt déprimés et incapables de tout effort, en somme des circulaires certains, frustes ou non.

La proportion de ces intermittents à qui l'involution donne le masque de la paralysie générale est probablement beaucoup plus forte qu'il ne paraît à la lecture des auteurs. Ils insistent cependant, à juste titre, sur ce diagnostic différentiel, dont on connaît certainement bien aujourd'hui les éléments. Il n'en est pas moins vrai que certains de ces intermittents, arrivés à la période d'involution, sont tellement semblables à des paralytiques généraux que le diagnostic exact est impos-

©BIUM

sible s'il ne s'étaie sur la marche de la maladie ou s'il ne fait appel à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Il est inutile d'insister sur l'importance pratique de pareils cas. A tous les points de vue leur connaissance est d'un intérêt capital.

Sur le terrain doctrinal, cette notion de la Folie maniaque-dépressive prenant à l'involution les allures cliniques de la paralysie générale, suscite toute une série de considérations dont l'examen attentif des observations publiées jusqu'ici a fait voir certainement le bien fondé.

Il semble que ces intermittents involués sont classés souvent sous la rubrique « pseudo-paralysie générale ». Ceci, sans doute, n'a pas une bien grande importance ; mais lorsque ces malades sont considérés comme de véritables paralytiques, ainsi qu'on l'a vu en certains cas, leur guérison est fréquemment appréciée comme une simple rémission. De longues, très longues rémissions de la paralysie générale se rapportent assurément à des guérisons de ces malades.

Il est un autre ordre de faits, d'ailleurs uni au précédent par des liens visibles, et qui se rapporte à la paralysie générale à double forme. On peut avancer qu'un grand nombre des cas publiés actuellement de cette forme clinique de la maladie de Bayle ne sont que des cas de folie intermittente chez des involués dont la période normale a été prise pour une période de dépression.

La remarque que fit jadis Morel sur la longue durée de ces paralysies générales et sur leur origine héréditaire s'explique d'ailleurs ainsi d'une façon très satisfaisante. Les intermittents sont des héréditaires et il n'y a aucune étrangeté à ce que ces paralysies générales soient si durables, puisque le malade ne porte pas les lésions si rapidement mortelles de la méningo-encéphalite diffuse. Il suffit de lire les observations des auteurs — du moins celles dont les détails sont suffisants — pour être convaincu que certaines de ces paralysies générales à double forme n'ont en réalité que les apparences de la démence paralytique.

On peut émettre quelques doutes sur la possibilité de confondre l'état mental d'un intermittent guéri avec

©BIUM

celui d'un paralytique en légère dépression. Il semble, *a priori*, que les différences soient capitales et qu'elles imposent d'emblée l'exactitude du diagnostic. En réalité, il n'en est rien. L'état mental du maniaque guéri peut très bien conseiller l'erreur.

Tous les intermittents que l'on voit sortir de leur accès maniaque présentent un syndrome psychologigue spécial qui n'a pas passé inaperçu, mais sur lequel on a peu insisté. On peut très bien le juger, si l'on n'y prend garde, comme un état dépressif.

Ces malades se montrent timides, honteux de leur maladie, réticents sur les impulsions qu'ils ont eues et sur les extravagances qu'ils ont faites ; ils n'aiment point répondre aux questions touchant leur excitation passée, ils sont d'une humilité et d'un effacement exagérés. Quelques-uns, sans doute, sont tristes, mais d'une tristesse très légitime : ils sentent peser sur leur vie l'implacable *anankè* de leur psychose, il savent que, quoi qu'ils fassent, elle s'abattra de nouveau sur eux. Très éclairés sur leur phase anormale et se rappelant avec précision tous ses détails, ils ont conscience de l'inutilité de leur expérience. Il y a là des raisons suffisantes pour expliquer cet état de gêne qui est le fond même de la psychologie des intermittents guéris et qui peut très bien, à un examen rapide, passer pour de la dépression morbide.

Sur la demande de plusieurs membres, cette communication sera discutée à une prochaine séance. M. ARNAUD s'inscrit pour prendre la parole.

Mélancolie sénile, athérome aortique et gangrène symétrique des membres inférieurs,

par M. DENY et Mlle LANDRY.

L'histoire clinique de la mélancolique dont nous allons rapporter l'observation — bien que pouvant prêter à controverse — est, en somme, assez banale ; aussi la résumerons-nous brièvement. Elle emprunte surtout son intérêt à son épisode terminal, une gangrène symé-

©BIUM

trique des membres inférieurs, dont la cause anatomique nous a été révélée par l'autopsie.

D..., est entrée à la Salpêtrière (section Rambuteau) au mois de décembre 1904, à soixante-trois ans.

Antécédents héréditaires. — *Père*, mort « en enfance » à quatre-vingts ans. *Mère*, s'est suicidée à cinquante-huit ans à la suite de chagrins. D... est l'aînée de sept enfants : une de ses *sœurs* est internée à la Salpêtrière pour épilepsie avec troubles mentaux. Ses autres frères et sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — *Scarlatine* dans la première enfance. *Mariée* à trente-trois ans, elle reste *veuve* au bout de trois ans avec deux enfants. Un d'eux meurt *écrasé* sous ses yeux, par un tramway, à huit ans. L'autre ne travaille pas régulièrement et s'est marié récemment. La malade qui vivait avec lui en a éprouvé un profond chagrin. En outre, depuis sept ans environ, D..., qui, jusqu'à cinquante-six ans, n'avait exercé aucun métier, a été obligée à la suite de pertes d'argent de devenir blanchisseuse. Ni syphilis, ni alcoolisme. Pas de troubles mentaux à l'occasion de la puberté ni de la ménopause. Caractère gai, humeur un peu irritable.

Histoire de la maladie. Au cours de l'année 1904, par conséquent quelques mois avant son entrée dans le service, D... a dû rester couché pendant six semaines, pour des douleurs rhumatismales aiguës. Quelque temps après, elle éprouve une violente émotion, à la suite du retour inopiné en France d'une sœur qu'elle aimait beaucoup et qu'elle avait cru morte, parce qu'elle était enfermée à Port-Arthur pendant la guerre russo-japonaise. Elle cesse alors son métier de blanchisseuse pour aller vivre avec cette sœur; mais au lieu de se réjouir de ce changement de position, elle devient triste et inactive, se désintéresse des soins du ménage et commence à se lamenter et à gémir sur son sort et celui des siens : sa sœur est ruinée, son fils est perdu, il va se produire un cataclysme. Elle refuse de manger, d'aller à la selle, d'uriner. Elle a mérité la mort, il vaut mieux que sa sœur meure avec elle, car il va leur arriver des choses extraordinaires.

Son anxiété et son agitation augmentent les jours suivants, elle réclame la mort à grands cris et cherche continuellement à se frapper la tête contre les murs. Sa famille se décide alors à la faire interner (24 décembre 1904).

A son *arrivée*, la malade avec son masque blafard, ses yeux excavés, ses traits fortement contractés et figés, donne l'impression d'être en proie à une tristesse et une anxiété profondes. Elle profère à voix basse des plaintes mal articulées, se cache

la figure dans ses mains ou ses couvertures dès qu'on s'approche d'elle, refuse de manger, etc.

« Je suis nulle, dit-elle, complètement nulle, ce n'est pas la peine de chercher, je n'ai rien dans la tête, je n'ai jamais rien fait de ma vie Je ne sais rien faire, je n'ai jamais su travailler. Je n'ai pas de métier, je vivais de bric et de broc, comme ça se trouvait. Je suis une idiote, je suis pire qu'une bête. J'ai été à l'école, mais je ne sais pas lire. Mon fils est comme moi, c'est un pauvre malheureux. Dans ma famille, personne n'est bon à rien, nous sommes tous pareils, c'est une paresse héréditaire... Chez moi, je faisais mon ménage, je croyais le faire bien, j'avais tort. Je me rends compte maintenant que je le faisais mal. »

Elle répond d'une façon précise, mais lentement, à toutes les questions qu'on lui pose ; ses phrases sont hachées de soupirs et de gémissements : « Je suis trop lâche pour essayer de me faire du mal, je n'ai pas d'énergie, je suis nulle, je ne sais rien faire de mes dix doigts. D'ailleurs, je vous l'ai déjà dit, — je vous le jure, je ne sais rien faire,— toute ma famille est comme moi. »

Tel est le thème délirant d'humilité, d'indignité, de culpabilité, que la malade a répété chaque matin pendant les premières semaines qui ont suivi son entrée dans le service. Il faut insister avec beaucoup de force pour lui faire accepter un peu de nourriture. « C'est inouï ce qu'on donne à manger ici, dit-elle, il y en a énormément, je ne peux pas manger tout ce qu'on donne. »

Au point de vue somatique, on note seulement de l'anorexie, de la constipation, de l'amaigrissement et un commencement de cachexie.

A la fin de février, on constate une rémission très nette dans l'état de D... ; elle s'occupe à la couture, reconnaît qu'elle était folle si elle a dit qu'elle ne savait rien faire, mais elle ne s'en souvient pas. On a eu bien raison de la faire enfermer, elle sortira quand on le jugera bon, etc., etc.

Cette rémission se continue pendant les mois de mars, d'avril et de mai, avec toutefois des alternatives de dépression et d'excitation légère ; mais à partir du mois de juin, les idées délirantes d'indignité et de culpabilité reparaissent avec la même acuité que lors de son entrée. Il s'y ajoute bientôt des idées de destruction et de négation d'organes : son gosier est bouché, ses mâchoires sont soudées, elle ne peut plus desserrer les dents, elle étouffe, elle ne peut plus respirer, elle n'a pas d'estomac, c'est bien fini, il faut la laisser mourir, etc. Un jour, où on la conduisait au bain, elle s'écrie cependant : « Je ne veux pas que l'on me jette à l'égout. »

Cet état de mélancolie hypocondriaque anxieuse a persisté

sans modifications du mois de juin 1905 au mois de décembre 1906, époque où est survenue la mort.

Pendant cette période, elle est restée presque continuellement au lit, refusant de se lever, de marcher, de manger, ne prenant aucun soin de sa personne, gâtant, etc.

A diverses reprises, on a dû avoir recours à l'alimentation artificielle pour combattre les progrès de la cachexie.

Est-il possible, avant d'aller plus loin, et en nous basant sur les seules données cliniques qui précèdent, d'assigner une place nosologique au syndrome mélancolique de notre malade?

La conservation presque complète de la lucidité et de la mémoire, la multiplicité et la fixité des conceptions délirantes — malgré leur absurdité — excluent l'idée d'une simple *démence sénile*. D'autre part, l'âge de la malade, l'intensité de ses réactions affectives et morales, en même temps que l'absence de toute espèce de manifestation maniaque pendant les deux années où nous l'avons observée, nous semblent des motifs suffisants pour rejeter l'hypothèse d'une *psychose maniaque dépressive* qui n'aurait donné lieu, pendant la vie déjà longue de la malade, qu'à un *accès dépressif unique*.

Nous inclinons donc à croire que nous nous sommes trouvés en présence de cette variété de *mélancolie affective délirante*, qu'un certain nombre d'auteurs tendent aujourd'hui à considérer comme l'expression psychopathique, chez une prédisposée, de l'involution sénile du cortex.

En faveur de ce diagnostic, on peut encore invoquer l'évolution de la maladie, qui s'est terminée par une *gangrène symétrique des membres inférieurs*, dans les conditions que nous allons maintenant rapporter :

C'est au commencement du mois de décembre 1906 que survinrent inopinément les accidents qui déterminèrent la mort de notre malade.

Le 9 décembre, alors qu'on faisait son lit, qu'elle ne quittait plus depuis plusieurs mois en raison de sa faiblesse, on l'entendit se plaindre plus vivement qu'à l'habitude.

« Qu'on ne me touche pas, disait-elle, laissez-moi mourir », et en même temps, elle donnait, par toute sa mimique, les signes d'une réelle souffrance.

Ce jour-là cependant, l'examen somatique ne révéla rien de particulier que son état d'excessive maigreur. Le lendemain 10, le pied et la moitié inférieure de la jambe du côté gauche apparaissent exsangues ; le 11, on constate un refroidissement notable des mêmes parties, au niveau desquelles se montrent plusieurs plaques de gangrène, de formes et de dimensions irrégulières, bordées par un halo légèrement rosé.

La recherche des pulsations de la pédieuse, de la poplitée et de la fémorale reste infructueuse. La malade pousse des cris aigus quand on cherche à déplacer son membre. Elle se plaint presque aussi énergiquement quand on lui touche le membre inférieur droit.

Ces accidents vont en s'aggravant les jours suivants. Le 15, on constate, en outre du refroidissement et de la pâleur du membre inférieur droit, une cyanose des orteils et des placards gangreneux violacés au niveau de la jambe du même côté. Nulle part il n'y a trace d'œdème.

Pas plus que du côté gauche, on ne constate de battements au niveau des artères du membre inférieur droit. La sensibilité est, en outre, abolie dans toute l'étendue des membres inférieurs. La malade continue cependant à pousser des cris quand elle s'aperçoit qu'on la touche ou qu'on déplace ses membres.

Les jours suivants, les placards gangreneux se dépouillent de leur épiderme et laissent suinter un peu de sérosité sanguinolente. La température s'élève, elle atteint 40 degrés le soir et redescend de 1 degré environ le matin. La gangrène se limite à gauche à la partie supérieure du genou ; à droite, elle ne dépasse pas la rotule.

Des escarres fessières et trochantériennes en rapport avec le décubitus apparaissent. L'adynamie devient de plus en plus profonde, et la malade succombe dans le marasme le 27 décembre. La numération des globules, du sang pratiquée quelques jours avant la mort, a donné 2.700.000 hématies pour 8.000 leucocytes. On n'a noté ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Autopsie. — L'estomac, le foie, la rate, les reins et les capsules surrénales sont macroscopiquement normaux. Le cæcum est dilaté, distendu et rempli d'un liquide clair. L'appendice est épaissi, ratatiné et n'a pas plus de 1 centimètre de longueur.

Les poumons contiennent plusieurs petits tubercules crétacés.

Le cœur et ses enveloppes sont sains. Pas de lésions orificielles ni valvulaires. L'aorte dans toute son étendue est le siège de plaques athéromateuses, jaunâtres, de consistance élastique, rondes ou ovalaires, de 1 centimètre de diamètre, plus abondantes au niveau de l'aorte abdominale.

Un peu au-dessous de l'embouchure des artères rénales une de ces plaques est ulcérée et forme une petite cavité, à bords déchiquetés, et tapissée de concrétions sanguines. On constate en outre, au niveau de la bifurcation de l'aorte, sur l'éperon de séparation des deux iliaques, un caillot volumineux, consistant, de coloration rouge, strié de traînées blanchâtres, qui obstrue complètement la lumière de l'iliaque gauche.

Un peu plus bas, on découvre un second caillot de même aspect que le précédent dans l'iliaque externe droite, de 2 centimètres de longueur; ce caillot adhérent offre également une coloration striée.

L'encéphale pèse 1.170 grammes. Les méninges ne sont ni épaissies, ni adhérentes. Les artères de la base sont légèrement athéromateuses. Les circonvolutions du cerveau ont une apparence normale.

Deux fragments de l'écorce cérébrale (lobes frontal et pariétal) recouverts de leurs enveloppes ont été examinés histologiquement par M. P. Camus, qui nous a remis la note suivante :

« Les méninges sont saines. La disposition des couches cellulaires de l'écorce est normale, sans prolifération notable de la névroglie.

« Les cellules pyramidales ont leur forme et leurs dimensions normales. Pas de chromatolyse. Les corpuscules de Nissl se colorent bien, ils apparaissent seulement un peu plus nombreux et plus fins. Les noyaux sont réguliers et munis de leur nucléole central. Seules quelques cellules paraissent en voie d'atrophie et de régression. Pas de pigmentation anormale. Les capillaires paraissent sains ; leurs parois ne sont pas épaissies. »

Les constatations anatomiques faites sur l'aorte et sur les artères iliaques de notre malade ne permettent aucune hésitation sur le mécanisme de la gangrène cutanée qui s'est développée symétriquement et presque simultanément au niveau de ses membres inférieurs. Cette gangrène a été la conséquence, en ce qui concerne le membre gauche, de la migration d'un caillot qui, après avoir pris naissance sur la plaque athéromateuse ulcérée de l'aorte, a été ensuite entraîné par le courant sanguin, lorsque son volume est devenu trop considérable, jusqu'à l'embouchure de l'iliaque primitive gauche où il s'est fixé.

La gangrène qui est apparue quelques jours plus tard à l'extrémité du membre droit a été également déter-

minée par un caillot situé dans l'iliaque externe droite ; bien qu'il se soit probablement formé sur place, ce second caillot n'en doit pas moins être rattaché à l'aortite chronique de la malade.

Nous nous abstiendrons d'émettre aucune hypothèse sur la pathogénie de cette aortite, les seuls facteurs étiologiques qui nous ont été fournis par l'observation étant des émotions dépressives répétées et de violentes secousses morales. Cette étiologie purement morale, si souvent signalée à l'origine des troubles psychiques et des altérations vasculaires ou cardiaques, prouve une fois de plus l'étroite parenté qui existe entre les psychopathies d'une part, les cardio et les angiopathies de l'autre.

On comprend facilement que les sensations persistantes de malaises, de poids, de gêne respiratoire, de constriction sternale ou thoracique, etc., auxquelles donnent lieu ces dernières affections, puissent troubler à la longue, chez les sujets prédisposés, le fonctionnement des neurones corticaux. A plus forte raison peut-il en être ainsi lorsque, comme cela semble être le cas chez notre malade, la vulnérabilité de ces neurones est exaltée à la fois du fait d'une prédisposition héréditaire avérée et d'un commencement de régression organique, qu'à défaut de constatations histo-pathologiques positives la diminution de poids de l'encéphale suffit à démontrer.

La séance est levée à 6 h. 20.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

—

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1906.

I. — Sur un mémoire de M. le Dr Marie, intitulé : *Paralysie géuérale et syphilis chez les Arabes*, par le Dr A. Motet, rapporteur (séance du 29 mai). — M. Marie a eu l'occasion d'étudier les Arabes aliénés de l'asile d'Abassieh, près du Caire, et la faculté de dépouiller les statistiques officielles et les rapports annuels de cet asile. Il a pu y relever d'abord la très grande fréquence des cas de syphilis chez les Arabes égyptiens internés : pour l'effectif total soumis à son examen, la proportion serait de 12 p. 100 environ. En ce qui concerne plus particulièrement la paralysie générale, il a trouvé que vingt-deux malades sur vingt-cinq entrés en 1901 étaient certainement syphilitiques, et vingt-trois sur trente-cinq en 1904. 4 p. 100 des admis étaient d'ailleurs alcooliques, en dépit du Coran.

M. Marie n'a pas pu déterminer d'une manière précise l'époque de l'infection syphilitique : il semble cependant que la durée moyenne oscille entre cinq et dix ans.

Il ne lui a pas été davantage possible, faute de statistiques, de comparer la fréquence des paralysies générales d'une période relativement ancienne à la période contemporaine.

En somme, de l'avis de M. Motet, l'enquête à laquelle s'est livré M. Marie a eu pour résultat d'affirmer une fois de plus l'influence de l'infection syphilitique dans l'étiologie de la paralysie générale.

GEORGES VERNET.

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentale.

Année 1904.

I. — *Nouvelles recherches sur la pellagre des poules*; par le Dr Ceni (numéro de mai). — Il y a déjà longtemps que Lombroso a tenté de rendre expérimentalement des gallinacés pellagreux en les nourrissant de maïs avarié : les symptômes ne sont apparus qu'après plusieurs mois et les sujets ont survécu assez longtemps. Ceni a nourri de maïs avarié, en 1899, seize poules et deux coqs, et a recommencé l'expérience l'année suivante sur des poulets nés de ses premiers sujets; il montra ainsi que les enfants nés des pellagreux n'héritent d'aucune immunité spéciale contre la maladie. Les poulets soumis à une alimentation constante et prolongée avec du maïs fortement avarié présentent les phénomènes typiques des diverses formes de la pellagre aiguë, surtout au printemps; ces symptômes vont en s'atténuant en été et en automne, et disparaissent pendant la saison froide, bien que l'alimentation soit restée la même; les poules peuvent résister jusqu'à quatre ans et même davantage à cette alimentation défectueuse. La mort peut arriver soit au milieu des accidents caractéristiques de la pellagre aiguë, soit par des phénomènes chroniques de cachexie. Dans les cas aigus, la mort est, sinon toujours, du moins fréquemment, en rapport avec des lésions inflammatoires aiguës des organes internes, particulièrement du poumon et du péricarde, et sont dues à l'aspergillus ou plus exactement à ses spores venues de l'intestin. Dans le cas de mort par marasme, l'autopsie montre les restes de processus inflammatoires progressifs (péricardite, etc.). Les poulets nourris depuis longtemps avec du maïs gâté et qui présentent les signes caractéristiques de la pellagre chronique, résistent moins bien à l'action des spores aspergillaires que les témoins. Les spores d'aspergillus fumigatus inoculées dans le péricarde des poules en petite quantité peuvent déterminer la mort avec des phénomènes caractéristiques de la pellagre aiguë ou subaiguë, mais ils restent toujours à l'état de spores et déterminent une réaction locale grave caractéristique; elles sont détruites seulement par un processus extra-cellulaire.

II. — *De la fatigue mentale chez les enfants*; *résultats obtenus par un travail fait pendant une heure entière par des enfants des écoles publiques*; par le Dr Bellei (numéro de mai). — Le nombre des fautes (de calcul) augmente du premier au dernier quart d'heure. Le travail fait par les élèves à la classe du soir est moindre en qualité et en quantité que celui fait pendant le même temps à la classe du matin. Le matin, aussi bien que l'après-midi, les élèves produisent, pendant les derniers jours de l'année scolaire, une quantité de travail plus grande, mais de qualité inférieure, qu'au moment de la rentrée.

III. — *Glio-endothéliome kystique du lobe occipital droit, observation histologique;* par le Dr Ravenna (numéro de mai). — Il s'agit d'un enfant de douze ans, qui présentait des douleurs dans les bulbes oculaires, de la rougeur des conjonctives, de la diminution de l'acuité visuelle et de l'intelligence, des vomissements, de la mydriase, du nystagmus et des troubles de la marche; plus tard, il eut de la rétropulsion, des douleurs occipitales, de la névrite optique, enfin du gâtisme. A l'autopsie, on découvrit une tumeur limitée au lobe occipital droit et de l'hydrocéphalie dans les ventricules latéraux, de la diminution du centre ovale de Vieussens à gauche, et, à droite, un kyste piriforme du volume d'un œuf, rempli d'un liquide opalescent, dans la région postérieure de l'hémisphère droit; atrophie des tubercules quadrijumeaux. L'examen histologique fut fait à l'aide de divers procédés, et montra que les parois du kyste étaient formées de tissu conjonctif à faisceaux parallèles avec des fibres et des cellules. Le néoplasme lui-même était un gliome vrai, dont l'auteur attribue l'origine à une irritation de nature mécanique due au kyste, qui comprimait par son développement le centre ovale de Vieussens. Le kyste lui-même semble dû à l'exagération et à la dilatation progressive d'un espace lymphatique périvasculaire.

IV. — *Affaire Angelo. Mort très rapide après une incarcération, soupçons de violences, délire aigu à terminaison mortelle.* Rapport médico-légal dû aux Prs Bignami, Borri, Ottolenghi et aux Drs Amonti et Impallomeni (numéro de mai). — Jacques Angelo, étant ivre, insulta le commandant du bateau sur lequel il était embarqué comme matelot : il fut arrêté pour ce fait, et en même temps inculpé d'un vol qu'il n'avait pas commis. Pendant le trajet, il donna des signes de vive agitation, mais ne parut nullement aliéné aux agents chargés de le conduire à la prison de Régina Cœli. Arrivé là, il devint furieux,

fit un vacarme épouvantable, et on dut le camisoler. Le médecin de la prison l'examina superficiellement et ne constata que de l'agitation. Celle-ci augmenta, s'accompagna d'hallucinations, de sueurs, de refus d'aliments ; le lendemain matin, il eut une sorte de crise ; on le transporta à l'infirmerie, où il mourut peu d'instants après. Le bruit se répandit qu'il avait été victime de sévices de la part de ses gardiens. Une autopsie fut ordonnée. On constata des ecchymoses dans la région cricothyroïdienne, de la congestion, des extravasions dans les méninges, une légère augmentation du liquide céphalo-rachidien, des ecchymoses dans le tissu graisseux qui entoure le péricarde, de la congestion des autres organes internes : foie, rate. Une contre-expertise fut ordonnée, qui n'apprit rien de plus. C'était un nouvel exemple du danger que présentent la camisole et les cellules chez des sujets atteints d'une agitation extrême. L'examen pratiqué pendant la vie fut trop sommaire pour apprendre quelque chose d'absolument certain, mais le tableau est bien celui du délire suraigu. Ce qui a frappé surtout les témoins, ce sont, outre les cris, des mouvements de latéralité rythmique de la tête, les crises finales et l'abondance des hallucinations : mais Angelo avait conscience d'être en prison et réclamait son élargissement. Il présenta une exagération énorme de la sueur. Ce qui est certain c'est que toute idée de violence, de sévices, doit être écartée. Les signes trouvés à l'autopsie le montrent ; ni la strangulation, ni aucune autre mort violente, qui pouvait être soupçonnée dans ce cas, ne donnerait ce tableau.

V. — *Les propriétés toxiques de l'aspergillus fumigatus en rapport avec les saisons de l'année* ; par le Dr Ceni (numéro de mai). — L'aspergillus fumigatus a la propriété d'élaborer en même temps deux sortes de principes toxiques, les uns de caractère convulsivant et tétanisant, que l'on peut extraire par l'alcool et dont l'abondance varie suivant les saisons ; l'autre, ni convulsivant ni tétanisant, qu'on ne peut extraire par l'alcool, mais lié à la structure intime du parasite.

VI. — *Recherches sur la genèse et le mode de formation de la cellule nerveuse dans la moelle épinière et dans la protubérance du poulet* ; par Besta (numéro de mai). — Voici les conclusions de ce travail : il n'est pas possible, avec les méthodes employées par Besta, c'est-à-dire la méthode de Bethe et une méthode personnelle par la thionine, il n'est pas possible, disons-nous, de distinguer dès les premières phases du développement, les éléments nerveux et les éléments de soutien ; tous les éléments

de la moelle ont la même forme bipolaire et sont produits par karyokinèse aux dépens des cellules germinatives placées au voisinage du canal central. Dans beaucoup de neuroblastes, entre la soixantième et la soixante-cinquième heure, on voit apparaître, par la méthode de Ramon y Cajal, la structure fibrillaire. Les fibres nerveuses périphériques sont dues à la transformation des chaînes des éléments migrateurs de la moelle. Dans l'intérieur de la moelle, il y a migration des éléments suivant des directions bien déterminées, parallèlement auxquelles se fait la distribution des fibrilles nerveuses soit dans la moelle, soit dans la protubérance. Les rapports entre les éléments nerveux s'établissent dès la formation des cellules nerveuses. La cellule nerveuse se développe au moyen d'un neuroblaste unique. Celui-ci, dans les premières phases du développement, est en rapport de contiguïté avec les fibrilles nerveuses, le long desquelles paraissent ensuite se former les prolongements de la cellule elle-même. La substance chromatique commence à se former vers le dixième jour, et apparaît d'abord à la périphérie de la cellule.

VII. — *Action des calcio-ions sur le cortex cérébral;* par le Dr Roncorini (numéro de mai). — D'après le Dr Sabbatini, le calcium produirait sur le système nerveux une action modératrice permanente, tandis que les substances qui immobilisent ou précipitent le calcium produiraient une action antagoniste. Roncorini a fait de nombreuses expériences avec les sels suivants : bromure, chlorure, iodure, nitrate, acétate et lactate de sodium ; seuls, parmi ces sels, l'iodure et le bromure ont des actions toxiques, l'auteur en a tenu compte dans ses résultats. Tous les sels de sodium employés ont déterminé un abaissement de l'excitabilité corticale sensiblement égale pour les divers sels expérimentés ; cependant, le phosphate bisodique qui précipite le calcium a une action antagoniste à celle de l'acétate, du lactate et du nitrate de calcium, mais il n'est pas clairement démontré qu'il y ait antagonisme avec le bromure et l'iodure de calcium, ce qui indique que, pour l'auteur, ces deux sels ne provoquent d'action déprimante que par un mécanisme plus complexe dans lequel interviennent le calcium et la toxicité propre des anions de ces sels. L'action déprimante du brome sur le cortex cérébral a déjà été notée par Albertoni. L'iodure de calcium provoque un autre phénomène qui trouble l'expérience, la congestion de la région sur laquelle on expérimente et qui ne peut plus être influencée par les réactifs décalcifiants,

ce qui amène probablement un obstacle à l'absorption des solutions que l'on applique ensuite.

VIII. — *Sur le mode de formation des cellules nerveuses dans les ganglions spinaux du poulet.* Note préliminaire; par le Dr Besta (numéro de mai). — Chez le poulet de soixante heures, et grâce aux méthodes décrites dans son précédent article et à celle de Ramon y Cajal pour les fibrilles, l'auteur a étudié les formations des cellules nerveuses dans les ganglions spinaux du poulet. Ces cellules sont dues à la migration des neuroblastes dans la partie postérieure du bulbe nerveux, et c'est la dernière phase du processus migrateur qui donne précisément les chaînes cellulaires des nerfs sensitifs. Jusqu'à la fin du troisième jour, les neuroblastes sont fusiformes et identiques à ceux de la moelle et des nerfs. Le quatrième jour, le tube médullaire s'allonge, et il leur reste fixé par un prolongement fibrillaire; le noyau devient rond, plus clair et brillant; le corps cellulaire, en rapport avec les deux pôles, s'allonge et forme comme un capuchon, au noyau de la périphérie duquel on voit partir des chaînes cellulaires dont les éléments se différencient nettement par leur forme allongée qui devient de plus en plus évidente et par leur noyau plus petit. Plus tard, le corps cellulaire s'élargit graduellement et entoure complètement le noyau. Dès le cinquième jour, le prolongement périphérique a déjà une structure nettement fibrillaire; les autres parties du corps cellulaire et la substance chromatique apparaissent plus tard. Donc, la cellule des ganglions n'est pas seulement due à l'évolution et au perfectionnement progressif d'un seul neuroblaste. Une contre-épreuve est fournie par la méthode de Cajal. L'opinion de Capobianco, qui soutient que le corps cellulaire provient de la fusion des parois des neuroblastes secondaires groupés autour d'un neuroblaste primaire, est rejetée comme inexacte par Besta.

IX. — *Dégénérescences secondaires expérimentales par arrachement du sciatique, étudiées par la méthode de Donaggio pour les dégénérescences.* Première note; par le Dr Lugato (numéro de mai). — On trouvera plus loin l'exposé de la méthode de Donaggio. Le grand avantage de cette méthode est d'être applicable lorsque les autres, et en particulier celle de Marchi, ne le sont pas encore; d'ailleurs, leurs résultats sont absolument concordants, lorsqu'on peut les employer simultanément. Contrairement à l'opinion de Labouchine, lorsqu'on arrache l'un des sciatiques, les lésions consécutives peuvent être bilaté-

©BIUM

rales dans les cordons postérieurs. L'auteur se réserve de rechercher ultérieurement la cause de ce résultat, paradoxal en apparence. (Cf. plus loin, p. 332.)

X. — *Etudes et recherches expérimentales sur la mémoire des images acoustiques et visuelles des mots*; par le Dr Grossi (numéro de mai). — Très importante étude de psychologie expérimentale dont voici les résultats : le pouvoir de reproduction des images acoustiques et visuelles des mots est en proportion directe de la durée de l'excitation, c'est-à-dire du nombre de lettres ou de syllabes ; dans les séries d'images, le pouvoir de reproduction est plus grand lorsqu'elles sont courtes et simples que lorsqu'elles sont longues et complexes. Dans une série acoustique, ce sont les premiers et les derniers mots qui se retiennent le mieux. Le pouvoir reproducteur d'une série d'images acoustiques ou visuelles de mots est en raison inverse du temps écoulé entre la perception et la reproduction. Le nombre des mots qui peuvent être répétés après audition ou lecture ne tient que peu de compte des liens associatifs des divers éléments entre eux. Mais si quelques-uns des éléments d'une série ont un lien entre eux, on les reproduit ensemble lorsqu'on répète de mémoire la série entière; si, dans une série visuelle, on intercale quelques mots d'une couleur différente des autres, ce sont ceux-là qui se reproduisent le mieux. Le pouvoir de reproduction d'une série d'images visuelles de mots devient très faible si l'on distrait le sujet pendant qu'il les perçoit, et cette disparition du pouvoir de reproduction est facteur de la nature des distractions : musculaires, locales, mentales, etc. Les erreurs dues à l'imagination sont chez les enfants quatre fois, chez l'adulte vingt-six fois moins fréquentes que celles dues à l'omission.

XI. — *Sur le développement des fibres nerveuses périphériques et centrales des ganglions spinaux et des ganglions céphaliques chez l'embryon de poulet*; par le Dr Pighini (numéro de mai). — 1° Les cellules du feuillet ectodermique ont une forme allongée et présentent des prolongements dits bipolaires, par lesquels chaque cellule est reliée à sa voisine ; 2° les neuroblastes de la gouttière médullaire, aux premiers moments de la formation, sont réunis par leurs prolongements avec les prolongements stellaires des éléments mésodermiques voisins ; 3° au début du deuxième jour de l'incubation, on observe seulement quatre connexions distinctes entre le tube médullaire et le mésoderme, deux ventraux et deux dorsaux, ils

©BIUM

représentent une ébauche des racines motrices et sensitives ; 4° les nerfs moteurs se forment par accroissement des chaînes ventrales qui unissent dès le début le tube médullaire avec le mésoderme (plaque musculaire) ; 5° les rameaux cutanés des nerfs céphaliques se forment par de gros cordons qui se séparent de l'ectoderme et qui se continuent d'un côté avec le bord du cerveau postérieur, de l'autre avec un épaississement ectodermique (plaque latérale céphalique) qui se dirige latéralement vers le bas. Les rameaux mésodermiques, pour rejoindre les racines latérales, suivent un processus de formation analogue à celui des nerfs moteurs de la moelle ; 6° la plaque latérale céphalique jointe à la région branchiale s'identifie avec les organes latéraux des sens ; 7° les nerfs périphériques sensitifs ou moteurs sont d'origine cellulaire. Dans chaque chaîne cellulaire, au début du quatrième jour, se différencie une structure grossièrement fibrillaire qui prélude à la structure fibrillaire de la fibre adulte : les noyaux des chaînes cellulaires se transforment vraisemblablement en noyaux de Schwann ; 8° les ganglions spinaux et céphaliques se différencient dans les chaînes nerveuses sensitives vers la fin du troisième jour : dès lors, les cellules ganglionnaires se spécifient et commencent à se revêtir d'un manteau fibrillaire ; 9° les fibres nerveuses centrales dérivent des prolongements neuroblastiques ; 10° les rapports de continuité qui s'établissent entre la gouttière médullaire dès le début de sa formation et les autres éléments primordiaux, ne s'interrompent plus. Donc tous les organes sont, dès le début, réunis matériellement dans le système nerveux central.

XII. — *Coloration positive des fibres nerveuses dès la phase centrale de la dégénérescence primaire et secondaire systématisée ou diffuse dans le système nerveux central.* Recherches du Dr Donaggio (numéro de mai). — Jusqu'à présent, il n'existait pas de coloration positive pour les fibres nerveuses dans les premières phases de la dégénérescence primitive. L'auteur en propose une qui est également applicable aux dégénérescences secondaires systématisées ou diffuses. Il les fixe par le bichromate de potasse, les colore à l'hématoxyline, puis il soumet la préparation ainsi obtenue à l'action de divers sels métalliques parmi lesquels ceux d'étain, de fer, de cuivre, d'alumine : les fibres dégénérées ont la propriété de résister mieux que les fibres normales aux processus de décoloration aussi bien par leurs cylindraxes que pour leurs gaines myéliniques. On peut d'ailleurs pratiquer plusieurs procédés différents pour arriver à ce

©BIUM

résultat : dans l'un, on pratique le mordançage en même temps que la coloration elle-même ; dans un autre, c'est la décoloration qui est pratiquée en même temps. Un troisième, qui se rapproche de la méthode de Vassale, ne donne que la localisation de la lésion mais non la nature. Avec cette méthode, Donaggio a reconnu que la différence entre les fibres saines et les fibres malades est maxima sur les sections transversales et minima sur les sections longitudinales des fibres. Il est faux, quoiqu'on le dise classiquement, que la dégénérescence primaire expérimentale des faisceaux pyramidaux s'arrête toujours à la région cervicale supérieure, qu'il soit de règle qu'une lésion primaire systématique à la phase initiale soit associée à des lésions plus ou moins diffuses des fibres restantes de la substance blanche.

XIII. — *La loi sur les manicomes* ; par le prof. Tamburini (numéro de mai). — La nouvelle loi a été promulguée le 14 février 1904 et est entrée en vigueur le 8 mars suivant. Ses principaux avantages sont d'avoir régularisé les admissions et les sorties des aliénés à l'asile, d'avoir prévu la tutelle de leurs biens, d'avoir établi l'autorité suprême du médecin directeur dans l'organisation intérieure du manicome, d'avoir prévu une surveillance effective sur l'asile et sur les malades, d'avoir établi des règles pour l'uniformité en ordonnant l'approbation par l'autorité supérieure compétente des règlements des divers asiles. Tel est l'heureux résultat d'une polémique de trente ans. Le rapporteur à la Chambre des députés a été le professeur Bianchi, dont la *Rivista* publie le rapport *in extenso*. D'après ce document, le nombre des aliénés à hospitaliser en Italie était de 40.000 en 1903. L'auteur préconise, suivant le cas, l'asile fermé, les colonies agricoles situées à l'intérieur même de l'asile, les colonies agricoles extérieures aux asiles, le placement familial et les instituts pédagogiques pour les phrénasthéniques. Le traitement d'un aliéné, même dangereux, dans sa propre famille, est autorisé sur la proposition du procureur du roi ou du directeur du manicome. Dans ce dernier cas, que devient le secret professionnel ? Un simple certificat suffit pour placer un malade, mais il faut ensuite un rapport circonstancié du directeur du manicome au procureur du roi. Les biens des malades seront administrés provisoirement, dès l'entrée du malade à l'asile, car il importe, pour qu'elle soit efficace, que cette protection se produise dès l'internement. Le savant rapporteur se prononce contre la séparation des fonctions médicales et administratives.

©BIUM

Mais si l'économe est chargé sous l'autorité du directeur de toute la partie administrative, le directeur reste maître absolu dans le service médical. L'administration seule peut renvoyer les agents du personnel ; le nombre des médecins et des infirmiers doit être en rapport avec le nombre des malades de l'asile. Une commission de surveillance dont fait partie un médecin aliéniste est chargée, par le ministre, du contrôle de l'hygiène générale, du droit de faire sortir les malades et des innovations techniques. Les aliénés criminels seront répartis dans les asiles ordinaires, le prix de revient des asiles spéciaux étant trop élevé. Enfin, dans la discussion du projet de loi, on a admis l'existence de cliniques universitaires de psychiatrie ouvertes. Callione a parlé des enfants anormaux ; Rampolo, d'écoles spéciales de médecine judiciaire ; de Felice a fait la critique des maisons particulières. En somme, cette loi nous semble inférieure à la loi de 1838, tant pour sauvegarder la liberté individuelle que pour la bonne administration des asiles. Elle a d'ailleurs déjà soulevé de nombreuses réclamations.

XIV. — *Altération de la moelle épinière dans un cas d'acromégalie* ; par le Dr Cagnetto (numéro de septembre). — L'auteur a trouvé : 1° un gonflement général de la moelle surtout au cou ; 2° une altération partielle sous le rapport de l'étendue dans la substance blanche et dans la substance grise ; 3° une dissémination néoplasique sous-méningée le long de l'axe spinal et des nerfs de la queue de cheval par métastase d'une tumeur de l'hypophyse. Histologiquement, dégénérescence systématisée de la portion externe du faisceau de Goll et de la portion interne de celui de Burdach, de la zone radiculaire et cornu-commissurale des cordons postérieurs, dégénérescence pigmentaire de nombreuses cellules nerveuses, et une oblitération complète du canal central sur toute sa longueur. Les altérations du système nerveux, en raison de leur variabilité d'un cas à l'autre, ne sont que des modifications secondaires dans le décours de la maladie, loin d'être une circonstance étiologique.

XV. — *Leptomyélite syphilitique à forme tabétique, hétérotypie de la moelle spinale* ; par le Dr Garbini (numéro de septembre). — Il s'agit d'un tailleur de pierres de cinquante-huit ans qui contracta la syphilis à trente, et qui commença à souffrir à l'âge de quarante-deux ans de douleurs lancinantes et fulgurantes des membres inférieurs, de douleurs en ceinture et de troubles mentaux : illusions sensorielles, délire vague mais actif de persécution. Cet état fut diagnostiqué tabes dorsalis. Le sujet meurt

©BIUM

dans le marasme après être tombé dans un état de démence complète avec perte de la réflectivité, faiblesse cardiaque, arthropathies tabétiques des genoux. A l'autopsie, on constata, outre divers signes banaux, des taches fibreuses, blanchâtres, opaques, lisses et ovalaires au niveau de la moelle lombaire; l'examen histologique montra que la pie-mère rachidienne est altérée depuis le cône de la moelle jusqu'à la partie inférieure de la moelle thoracique; les septum sont épaissis; il y a des néoformations capillaires dans les fissures médianes antérieure et postérieure, endartérite des artères spinales antérieure et postérieure et des vaisseaux en couronne d'Adamkiewicz, surtout au niveau de la moelle sacro-lombaire. Le faisceau radiculaire antérieur à la région lombaire est altéré des deux côtés; à gauche, les faisceaux postérieurs sont dégénérés depuis le cône médullaire jusqu'au tiers inférieur de la zone thoracique. Le canal central de la moelle est imperforé par endroits. Des amas cellulaires l'oblitèrent ; il existe de la sclérose dans la région sacrée ; les fibres marginales, les fibres les plus distales du faisceau grêle, de la zone marginale de Lissauer et des faisceaux en coin en sont atteintes. Il en est de même dans la partie inférieure du renflement lombaire pour tout le cordon postérieur, sauf la zone cornu-commissurale et le centre ovale de Von Flechsig. Comme on le voit, rien ici ne rappelle les lésions classiques de la maladie de Duchenne (de Boulogne).

XVI. — *Les oscillations périodiques mensuelles de la température, du pouls et de la respiration chez les aliénés menstruées et chez celles qui sont aménorrhéïques* ; par le Dr Salerni (numéro de septembre). — L'influence de la menstruation, même lorsqu'elle est suspendue dans le cours d'une maladie, se fait encore sentir par une élévation de la température, de la fréquence du pouls et de la respiration deux jours avant l'apparition des règles réelles ou virtuelles. Ces phénomènes ont une certaine importance pour le pronostic des maladies mentales, mais elle est encore peu connue.

XVII. — *Influence de l'alcoolisme sur le pouvoir de procréer et sur les descendants.* Recherches expérimentales par le Dr Ceni (numéro de septembre). — L'auteur, très au courant des travaux français, a repris l'étude de la question et voici ses conclusions : 1° l'alcoolisme chronique a une action directe sur le pouvoir de procréer en nuisant à la fécondité des ascendants bien que d'une manière peu appréciable; 2° l'alcoolisme chronique des procréateurs a une influence désastreuse sur les des-

CBIUM

cendants en déterminant une diminution de la résistance organique et des anomalies de développement de différentes espèces par l'action directe que le toxique exerce sur les éléments sexuels primitifs, ovule et spermatozoïdes, dès la conception; 3° en vertu de la moindre résistance organique que le germe hérite des procréateurs soumis à une intoxication alcoolique, il suffit des plus faibles causes pour pouvoir troubler le développement régulier et déterminer des arrêts et de graves anomalies; 4° l'influence néfaste de l'alcoolisme des parents s'étend aux descendants, soit en déterminant chez eux un état de faiblesse générale avec arrêt de développement *in toto*, soit au contraire en déterminant par voie secondaire des anomalies ou des arrêts partiels de développement du germe embryonnaire par lésion primaire survenue dans les annexes de l'ovule.

XVIII. — *Le réticulum fibrillaire et le cylindraxe dans la cellule nerveuse des vertébrés et méthodes diverses de coloration élective du réseau endocellulaire et du réseau périphérique basés sur l'action de la pyridine sur le tissu nerveux*. Recherches du Dr Donaggio (numéro de septembre).—La pyridine a été introduite comme mordant en histologie par l'auteur et par de Souza. Elle favorise la coloration principale ou l'inclusion et donne un soupçon de coloration au réseau endocellulaire et à celui des fibres longues, mais il faut éviter la présence de l'eau, car elle empêche l'action de la pyridine; dans certaines conditions la pyridine favorise davantage la coloration du réseau périphérique que celle du réseau fibrillaire endocellulaire : si on opère de cette façon sur la moelle, le bulbe, on a les mêmes résultats avec la pyridine que si l'on avait fixé la pièce par le sublimé; si on la lave ensuite dans l'eau iodée, on voit les fibres longues disposées de préférence à la périphérie de l'élément cellulaire et répondant à la description de Bethe.

Dans la moelle épinière on constate de la coloration du tissu interstitiel et du réticulum péricellulaire, de l'absence de toute trace de coloration des granulations et la présence d'un fin réseau de fibrilles endocellulaires et de stries fibrillaires longitudinales peu nettes et difficiles à isoler. Les coupes des parties profondes restent décolorées lorsqu'on les traite par des solutions de thionine, sauf le réseau fibrillaire, les fibres longues et les granulations de Nissl.

L'auteur étudie ensuite les liquides dont il se sert pour la coloration des divers réseaux; nous ne pouvons que renvoyer au travail original, car on ne peut résumer une technique histolo-

©BIUM

gique nouvelle. D'après lui, on ne peut admettre avec Bethe la présence dans le réseau endocellulaire des anastomoses de toutes les fibres longues. Le cylindraxe atteint par de rares éléments à fibrilles longues émet au contraire une grande quantité de réseau fibrillaire endocellulaire. Les fibrilles cylindraxiles localisées à une certaine zone peuvent être connexes à un épaississement du réseau fibrillaire, épaississement qui, en s'approfondissant, peut rejoindre le cercle périnucléaire. Il existe suivant l'auteur deux types cellulaires : le premier, caractérisé par des éléments provenant du seul réseau fibrillaire endocellulaire, en rapport avec les fibrilles des prolongements, et l'autre par des fibrilles traversant l'élément cellulaire et conservant leur propre individualité. Dans le premier type toutes les excitations prennent leur source dans le réticulum, et les fibrilles cylindraxiles les transmettent dans un seul sens ; dans le second, les fibrilles cylindraxiles reçoivent deux ordres de courants nerveux, le principal dérivant du réseau fibrillaire endocellulaire, l'autre, très limité, se rend aux fibres longues. Il y a d'ailleurs des fibrilles également en rapport avec le réticulum endocellulaire et qui sont destinées au contraire à une fonction cellulifuge.

XIX. — *Un cas de persistance du ventricule de Verga, trouvé chez un individu à développement général retardé* ; par le Dr Cheni-Legnières (numéro de septembre). — Chez un enfant de 9 ans, dolichocéphale, mais peu développé intellectuellement et physiquement, l'auteur a trouvé, outre une anomalie rare de l'intestin, une persistance du ventricule de la cloison transparente qui avait les dimensions suivantes : longueur 15 millimètres, hauteur 10 millimètres, épaisseur 4 millimètres, qui se continuait par un aqueduc de 18 millimètres de long s'ouvrant dans une cavité de forme ovoïde (ventricule de Verga) qui ne communiquait ni avec le 3e ventricule ni avec les ventricules latéraux.

XX. — *Contribution anatomo-clinique à la casuistique de la chorée de Huntington* ; par le Dr Rossi (numéro de septembre). — Il s'agit de la discussion toujours pendante sur les rapports qui unissent la chorée de Huntington avec la chorée vulgaire de Sydenham. Toutes deux se rencontrent chez des névropathes, mais la maladie de Huntington est héréditaire et débute à l'âge adulte ; celle de Sydenham est une névrose d'évolution (Joffroy) et prédomine chez les garçons. Les troubles mentaux, rares et peu importants dans la forme vulgaire, tiennent une place bien importante dans la symptomatologie de la

©BIUM

forme rare et y sont surtout caractérisés par de la démence ; la chorée vulgaire guérit généralement spontanément ou par le traitement, celle de Huntington se termine toujours par la mort. On ne trouve généralement dans la chorée classique que peu ou pas d'altération du système nerveux ; au contraire, pour l'auteur, celle de Huntington serait un processus d'atrophie diffuse du système nerveux, accusée surtout dans les zones frontales et motrices du cerveau et débutant soit par les vaisseaux, soit par les éléments nobles eux-mêmes. Une autopsie qu'il a faite confirme cette hypothèse.

XXI. — *Sur la manière de connaître objectivement les troubles névropathiques chez les traumatisés* ; par le Dr Rossi (numéro de septembre). — D'après Morselli, l'existence des névroses traumatiques n'est plus niée que par les médecins incapables de les diagnostiquer ou par ceux qui sont chargés officiellement de ne pas les reconnaître.

Le sujet est atteint d'une désorientation essentielle de toute l'énergie nerveuse et présente du rétrécissement du champ visuel pour le blanc, le rouge et le bleu. Il y a encore fréquemment de l'hémihypoacousie (Walton) et de nombreux troubles de la sensibilité étendus même aux muqueuses et souvent de la dissociation des sensibilités. On peut appliquer le pléthysmographe, le sphygmographe, le dynamographe, l'ergographe pour déjouer les supercheries. L'examen de l'état des réflexes, des vaso-moteurs et des réactions électriques permettra de déjouer les fraudes, enfin la rumination autosuggestive est un des éléments de diagnostic.

XXII. — *Sur la pathogenèse des amyotrophies d'origine cérébrale* ; par le Dr Caraciolo (numéro de septembre). — Les muscles paralysés s'atrophient à la longue ; c'est un fait bien connu depuis Quincke à la suite des lésions cérébrales. Charcot attribuait les amyotrophies à des lésions des cellules multipolaires de la corne antérieure. Pour Dejerine, elles seraient dues à des névrites périphériques ; cependant Bogherini constata en 1890 des lésions des noyaux gris de la base (couche optique) ; Joffroy et Achard, des lésions du faisceau pyramidal ; Goldscheider, des troubles du trophisme cellulaire, c'est-à-dire des interruptions des connexions qui normalement existent entre le noyau moteur cortical et le noyau spinal. Kirchow a vu des lésions des fibres trophiques cellulifuges venant des corps striés et du cortex au voisinage des centres moteurs et placés dans la moelle dans le système intermédiaire du faisceau pyramidal

©BIUM

croisé. Pour Marinesco, ce sont des troubles vaso-moteurs dus à l'action du cortex sur les rameaux d'origine spinale et aboutissant au sympathique ; pour Petrina, à l'influence de certains centres cérébraux sur la nutrition des muscles ; Chatin, à une rupture d'équilibre des réflexes sensitivo-moteurs. Caraccio a expérimenté sur des chiens, soit en extirpant le gyrus sigmoïde, puis la capsule interne et une partie des noyaux gris de la base, soit en sectionnant la moelle épinière au niveau de la première vertèbre dorsale, loin du renflement cervical. Après durcissement et coloration par diverses méthodes, il examina des coupes et trouva une association des lésions dégénératives des cordons médullaires avec des altérations plus ou moins reconnaissables des cellules nerveuses de la substance grise et en particulier des grandes cellules des cornes antérieures et des muscles et, chez quelques animaux, association de la dégénérescence des troncs nerveux eux-mêmes. Il y a transmission aux divers ordres nerveux, mais les nerfs périphériques ne sont pas constamment lésés ; au moins dans l'état actuel de la technique, on ne peut constater leurs lésions, mais il n'est pas douteux qu'il y ait propagation des lésions des fibres descendantes dégénérées aux cellules nerveuses de la substance grise d'une part et, de l'autre, aux nerfs et aux fibres musculaires. Ce sont des lésions démontrables et non des lésions purement dynamiques ; il semble possible d'admettre qu'il y a des centres trophiques et des voies conductrices spéciales voisines des voies motrices et peut-être identiques.

XXIII. — *Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par la méthode de Ceni* ; par le Dr Tiengo (numéro de septembre). — C'est une sérothérapie qu'a préconisée le professeur Ceni : selon lui, l'épilepsie étant due à une toxine endogène, le sérum du sang d'un épileptique gravement atteint injecté à un autre moins malade amènerait une amélioration très notable : ce serait une sorte d'immunité par adaptation ; d'autres fois il réinjectait au malade son propre sérum, extrait quelque temps auparavant. Pour Ceni, il existe dans le sang des épileptiques deux principes actifs de propriété et d'origine différentes, l'un qui circule librement dans le sang des épileptiques et est doué de propriétés purement toxiques, l'autre qui n'y existe qu'à l'état latent et est doué de propriétés stimulantes sur quelques éléments cellulaires où s'accomplissent des échanges et qui constituent le siège probable de l'épilepsie. Ces propriétés stimulantes se manifestent seulement comme conséquence médiate et

©BIUM

à distance en injectant à intervalles éloignés et plusieurs fois du sérum du sang soit à un autre individu, soit au porteur lui-même. Tiengo a obtenu dans un cas une amélioration, dans deux autres de l'aggravation suivie d'amélioration ; l'état mental a été amélioré dans deux.

XXIV. — *Sur la nosographie et la pathogenèse des atrophies musculaires progressives* ; par le Dr Valobra (numéro de septembre). — Dans ce groupe pathologique les formes frustes ou de passage sont plus communes que les formes typiques : on peut considérer avec les auteurs classiques en Italie (Strümpell) une division ternaire comprenant la sclérose latérale amyotrophique, l'atrophie musculaire progressive et l'atrophie musculaire myopathique. Depuis Charcot et depuis Erb on peut considérer comme identiques à ce dernier groupe les formes dites de Leyden-Möbius, de Zurmelin et de Landouzy-Dejerine qui appartiennent également au groupe des amyotrophies primitives. Au groupe des myélopathies se rattachent la paralysie labio-glosso-laryngée et la paralysie bulbaire progressive. D'après l'étiologie, on peut considérer les myopathies familiales et les myélopathies sporadiques ; les dystrophies existent chez les jeunes sujets, les myopathies chez les adultes : les dystrophies marchent des extrémités vers le tronc, les myélopathies vont vers l'extrémité distale. Dans certaines formes (Landouzy-Dejerine), les muscles du visage participent à la lésion. Ce dernier fait constitue un élément de diagnostic avec la paralysie bulbaire congénitale de Hoffmann et avec l'atrophie nucléaire infantile de Möbius dans laquelle il y a atrophie des muscles de la mimique et ophthalmoplégie plus ou moins complète. Dans les dystrophies, il y a absence absolue de troubles dans les territoires innervés par les nerfs bulbaires. Théoriquement la D. R. n'existerait pas dans les myopathies, mais il y a des exceptions. En général, au contraire, les contractions fibrillaires sont des signes de myélopathie. Les biopsies permettent de constater les lésions du muscle, qui parfois peuvent prendre un type hypertrophique. Mais il existe des observations d'atrophie musculaire progressive dans lesquelles il y a absence clinique de phénomènes spastiques et où l'examen anatomique démontre qu'il y a de la slérose latérale ; au contraire, il y a des cas où l'on trouve cliniquement de la slérose et où anatomiquement il n'y a pas de trace de lésion des voies pyramidales. La durée de la maladie ne peut pas être un élément de diagnostic. Il peut d'ailleurs exister des lésions

©BIUM

musculaires au début qui plus tard intéressent la moelle, et il peut exister dans la moelle des lésions purement dynamiques. L'auteur a même vu un cas dans lequel une fillette présentait le tableau typique d'une dystrophie tandis que la mère était atteinte de sclérose latérale amyotrophique; Erb a même vu, alternant ensemble les trois formes classiques dans une même famille. En somme, la question est encore des plus obscures.

XXV. — *Deux idiots microcéphales*; par le Dr Besta (numéro de septembre). — Il s'agit de l'examen psychophysiologique de deux frères microcéphales dans les antécédents desquels on ne trouve rien : il y a un véritable arrêt de développement du système nerveux central, l'angle facial est de 69 degrés chez l'un, de 73 degrés chez l'autre; le développement de leurs membres est normal, de même que leurs fonctions sensorielles, mais ils n'ont aucune notion des couleurs; l'un d'eux n'a aucune notion ni sur le goût ni sur l'odorat, leurs perceptions sont retardées et n'ont aucune imagination, la volonté manque, mais n'est pas déviée. La dégénérescence est une diminution de l'énergie évolutive et une décadence héréditaire progressive. Pellizi considère deux grands groupes de causes des arrêts de développement dans l'idiotie : les causes exogènes ou pathologiques, les causes endogènes ou tératologiques; ici, on est en présence d'arrêts de développement.

XXVI. — *Propriétés thérapeutiques du sang des animaux immunisés avec du sérum d'animaux styro-parathyroïdés*; par les Drs Ceni et Besta (numéro de septembre). — Des expériences des auteurs, il résulte d'une façon évidente que les phénomènes aigus de la cachexie strumiprive du chien : dyspnée, contractures musculaires, etc., cessent rapidement et quelquefois d'une façon instantanée à la suite d'injections de sérum de sang de lapin ou de chèvre immunisés contre le sérum du chien éthyroïdé et saigné pendant les phénomènes aigus de la cachexie strumiprive : il ne se produit rien avec du sérum de chèvre normale; mais l'autre toxine n'a aucune action sur les phénomènes chroniques de la cachexie strumiprive. Les injections de sérum d'animaux immunisés avec du sérum d'épileptiques ont constamment donné lieu à des aggravations des manifestations morbides.

XXVII. — *Table psychoscopique de Pizzoli*; par le Dr Rizzoli (numéro de septembre). — Il s'agit d'un instrument très ingénieux qui sert à l'examen psychophysique d'un sujet d'après les principes des mensurations rigoureuses qui sont l'essence

©BIUM

même de cette science; elle permet d'étudier les divers sens, la douleur, la dynamoscopie, l'attention, la perception, la mémoire, l'imagination, l'esprit d'observation, de réflexion, l'éducation des sens. Cet instrument peut être commode dans un laboratoire modeste comme il devrait en être annexé à tous les établissements d'instruction publique un peu importants et à tous les asiles d'aliénés.

XXVIII. — *Recherches sur la manière dont s'établissent les rapports mutuels entre les éléments nerveux embryonnaires et sur la formation du reticulum interne de la cellule nerveuse*; par le Dr Besta (numéro de septembre). — Les éléments qui constituent le tube médullaire ont dès les premières phases de leur développement une forme bipolaire par fusion du protoplasme où se différencient les fibrilles nerveuses : ce sont précisément celles qui apparaissent les premières qui sont les plus périphériques. Dans la moelle a lieu une migration et une orientation des neuroblastes dans une direction bien déterminée, celle suivant laquelle apparaissent les fibrilles dans le tissu nerveux qui forment une véritable tresse dans son intérieur. Les fibrilles se mettent en rapport de continuité d'abord, de contiguïté ensuite par ces neuroblastes, d'où résulte la formation d'un réseau nerveux se continuant avec les tubes médullaires. Chaque neuroblaste est, grâce à ces fibrilles, réuni aux autres neuroblastes plus ou moins éloignés : la cellule nerveuse n'est pas une unité embryologique. Elle se forme, après que s'est constitué le réseau nerveux précédent, par une différenciation de nouvelles fibrilles dans le corps cellulaire des neuroblastes primaires par des fibres qui se sont unies ensuite. Tout d'abord les fibrilles traversent seulement le corps cellulaire; plus tard, elles y forment un réseau périnucléaire à mailles plus ou moins larges.

XXIX. — *Critiques et observations anatomiques sur la région sous-épendymaire du bulbe et du pont de Varole chez l'homme*; par le Dr Ascenzi (numéro de septembre). — Les fibres radiculaires de l'hypoglosse entrent dans le noyau de Stilling à l'état de faisceau plus ou moins compact, soit du côté médian, soit du côté ventral, de telle sorte que ce faisceau paraît divisé en deux lobes : un dorsal et un ventral, ou plus exactement un médian et un latéral. Entrées dans le noyau, ces fibres radiculaires se dispersent en nombreux faisceaux, se recourbent en crochet du côté externe et forment de larges anses qui changent de plan de direction et qui apparaissent sur les

©BIUM

coupes bizarrement brisées. Dans la partie distale du bulbe et dans le canal central s'ouvrant dans le IV^e ventricule, on note un fin réseau sous-épendymaire de fibres nerveuses, bien développées chez le nouveau-né, qui arrivent seulement chez l'adulte à une certaine distance du canal. A la périphérie, on voit des fibres longitudinales, surtout dans les zones postérieures. Les fibres qui, de la substance grise centrale, s'irradient dans les formations voisines, sont bien manifestes sur les coupes les plus distinctes de la moelle allongée; elles se dirigent non seulement vers le réseau fibreux des cornes antérieures, mais encore en dedans, de côté et en arrière. La commissure postérieure du bulbe dans sa partie la plus distale n'est pas encore myélinisée dix-neuf jours après la naissance. Entre les deux noyaux du XII^e existe une commissure qui apparaît des plus nettes dès les premières semaines de la vie extra-utérine dans la partie la plus distale du noyau ; elle doit toujours rester distincte des fibres pyramidales qui viennent s'entre-croiser au-devant d'elles.

Dans la substance grise péricavitaire du bulbe et de la protubérance existe un système de fibres à direction longitudinale : ce système doit comprendre les dorsales (*Langsbündel* de Schütz) et le faisceau médian d'Obersteiner et commence à se myéliniser à dix-neuf jours, alors que les plexus endocellulaires de l'abducens et de l'hypoglosse sont déjà richement myélinisés. On peut le considérer comme formant : *a*) une portion dorso-latérale allant au noyau du XII^e (fibres de formation intercalaires); *b*) une portion médiane allant au XII^e; *c*) une portion qui plonge au-dessous de l'épendyme et qui, le long des parois latérales du IV^e ventricule, se présente comme un segment dirigé obliquement de dehors en dedans et de haut en bas (étage longitudinal sous-épendymaire). Le groupe des fibres longitudinales situées au milieu de l'hypoglosse présente dans sa partie initiale des fibres que traversent isolément et tortueusement les fibres du faisceau longitudinal postérieur se dirigeant vers le raphé : les fibres transversales sont donc la continuation directe des fibres verticales de la région médiane elle-même qui changent de direction presque à angle droit, ce qui explique leur manière de se comporter. Le faisceau d'Obersteiner apparaît comme la partie la plus interne de tout l'ensemble des fibres de la région, grâce auxquelles communiquent entre elles sur quelques coupes les cellules du nucleus funiculi teretis. Le nucleus funiculi teretis est bien développé dès le dix-neuvième jour. De Sanctis a montré que

©BIUM

son origine distale est dans un groupe de cellules individualisé au milieu des cellules ventro-médianes de Kölliker.

Entre les noyaux du XII^{e} et ceux des IX^{e} et X^{e} existe même chez l'homme le noyau intercalaire de Staderini, qui forme avec les fibres qui lui sont contiguës un système de fibres longitudinales : ce sont les formations intercalaires. Ce dernier noyau ne peut pas être confondu avec le nucleus funiculi teretis parce que l'un se trouve en dedans du noyau du XII^{e} et que l'autre est en dehors de cette formation. Il tire son origine de l'extrémité distale du noyau de l'hypoglosse par un groupe de fibres longitudinales situées au côté externe et dorsal du noyau du XII^{e}. Latéralement il est nettement séparé du noyau du X^{e} qui a ses éléments cellulaires bien diversifiés et très pauvres en fibres endonucléaires. Lorsque le noyau du XII^{e} diminue de volume, le noyau intercalaire s'étend du côté médian, au contraire latéralement, par le moyen d'un faisceau qui traverse les cellules les plus dorsales du noyau du X^{e}, il prend un rapport direct avec le noyau du VIII^{e} avec lequel il se confond.

Dans toute la partie médiane interne qui sous le nom de noyau triangulaire occupe tout le pavillon du ventricule, dans cette partie que l'on peut considérer comme la partie la plus proximale du noyau intercalaire, on reconnaît une richesse plus grande dans un fin réseau fibreux ; mais entre les deux zones médiane et latérale, il n'apparaît aucune séparation nette ; le noyau intercalaire déjà visible quelques jours après la naissance se reconnaît nettement aussi dans un cas d'agénésie des bulbes oculaires.

XXX. — *L'affaire Olivo* ; par le professeur Tamburini (numéro de septembre). — Olivo, employé modèle à Milan, tue une nuit d'un coup de couteau sa femme à laquelle il n'a rien à reprocher, malgré, paraît-il, sa conduite légère : il la dépèce en nombreux morceaux, il se rend à Gênes, fait une promenade en mer au cours de laquelle il jette à l'eau une partie du corps, retourne à Milan et reprend son travail. A un premier examen, il est déclaré sain d'esprit et on met la cause de son crime sur des querelles de ménage, mais à l'audience il eut une crise nerveuse probablement épileptique ; il fut acquitté, ce qui souleva une indignation générale contre le verdict. La Cour de cassation réforma le verdict du jury milanais, il y eut nouvelle instruction et nouvelle expertise qui fut confiée au professeur Lombroso et au D^{r} Marzocchi, directeur du manicome de Bergame. Nous avons dans un autre endroit étudié le rapport

©BIUM

de ces nouveaux experts, qui reconnaissent dans Olivo un criminaloïde et mettent son crime sur le compte d'un équivalent épileptique.

XXXI. — *Mouvement antialcoolique en Italie*; par le Dr Stern (numéro de septembre). — En Italie, comme dans le reste de l'Europe, on lutte avec énergie contre ce fléau qui y est d'ailleurs moins étendu que dans la plupart des régions septentrionales. La lutte a débuté dans ce pays avec Cherico de Turin (1863), et Bisocchi de Milan (1882), mais sans succès; elle fut reprise par Colajanni (1887), Zerbaglio (1892) et Pieraccini (1892). Ce dernier écrivit un ouvrage populaire sur la question, fonda le « Bien social » et jeta les bases d'une ligue italienne antialcoolique. En 1903, on fonda à Brescia une ligue antialcoolique qui publie un journal, « La lutte antialcoolique ». Le Pr Pasquale a écrit un livre de lecture pour les écoles élémentaires et un autre pour les maîtres sur ce même sujet. Le Dr Lecci a donné le compte rendu moral et économique de la ligue qui compte actuellement 227 membres. Floriale a fondé une ligue à Venise. Enfin le Congrès médical interprovincial d'Udine, en août 1903, a voté un ordre du jour flétrissant l'alcoolisme et ordonnant de le combattre. Un comité fonctionne à Trieste; enfin un Congrès italien contre l'alcoolisme s'est réuni en 1904 à Venise; on y a entendu des communications des plus intéressantes sur la valeur alimentaire et thérapeutique de l'alcool par Lezzato et sur « Abstinence et tempérance », par Rochat. La voie est ouverte, il faut la suivre.

XXXII. — *Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de l'atrophie musculaire progressive*; par le Dr Siccardi (numéro de décembre). — L'auteur rappelle l'historique de la question et la distinction établie par Charcot entre les atrophies dues aux myélopathies et celles qui ne relèvent que des myopathies : parmi ces dernières citons la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie musculaire de Leyden-Möbius. Il rappelle également les différents types que l'on a essayé d'isoler : les types de Zimmerlen, de Landouzy-Dejerine, juvénile d'Erb, etc.; mais il insiste sur ce point qu'Erb lui-même a indiqué l'inanité de ce genre de subdivisions. Puis il rappelle la forme de Charcot-Marie, dans laquelle existe non plus une lésion de la moelle, mais une lésion du nerf lui-même. Mais là aussi on a trouvé des formes mixtes. On sait que le professeur Raymond, bientôt imité par Strümpell, a établi une

©BIUM

théorie synthétique adoptée en Italie par de Giovanni. Enfin l'auteur rapporte un cas clinique intéressant : il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui a des troubles de caractère et fait une tentative de suicide par le poison ; elle a de l'atrophie musculaire du deltoïde, du biceps, de la ceinture scapulaire, de l'adducteur du pouce, puis des muscles de l'avant-bras ; beaucoup plus tard la ceinture pelvienne fut prise également. A l'autopsie, on trouva de nombreuses lésions de la moelle et des vaisseaux, de l'inflammation, de la chromatolyse, des neuronophages et de la méningo-encéphalite avec des nodules inflammatoires pie-mériens plus ou moins étendus. C'était en somme une lepto-méningite cérébrale avec atrophie des cellules des cornes antérieures et peu de développement numérique des cellules de la colonne de Clarke. C'est une forme de passage entre les types Erb et Vulpian.

XXXIII. — *Contribution à l'étude de la démence précoce.* Note préliminaire clinique et anatomo pathologique ; par le Dr Gonzalès (numéro de décembre). — Une jeune femme de vingt-deux ans commença par avoir des phénomènes de mélancolie et d'apathie, des troubles affectifs, puis devint sitiophobique avec, au contraire, des périodes de boulimie ; plus tard, euphorie malgré une demi-conscience, puis de nouveau anorexie et sitiophobie ; elle se barbouillait alors avec son urine et ses excréments et gardait une immobilité de statue avec des périodes d'excitation ; enfin elle se cachectisa et mourut. A l'autopsie, les fibres du cerveau présentent, sauf au niveau des zones rolandiques, un gonflement moniliforme ; dans ces dernières de nombreux corps cellulaires sont atrophiés et réduits de volume ; mêmes lésions à la troisième frontale ; les noyaux sont rejetés à la périphérie de la cellule et dans quelques-uns il y a abondance de pigment. De même au noyau d'origine du VIIe. Au bulbe la névroglie paraît exagérée ; enfin à la moelle, dégénérescence des faisceaux de Goll et de Burdach. Dans un cas de démence précoce catatonique on a trouvé des lésions bulbo-médullaires aussi bien que des zones rolandiques et du cerveau frontal.

XXXIV. — *Impulsions migratoires chez un imbécile* ; par le Dr Neyroz (numéro de décembre). — Il s'agit d'un imbécile de seize ans qui avait une habileté extraordinaire pour s'enfuir et vagabonder même dans les conditions les plus défavorables, ce qui en imposa longtemps à des personnes non prévenues sur le degré de son intelligence. L'examen mental prolongé ne

©BIUM

laissa aucun doute sur l'imbécillité ; il marche pour marcher et pour connaître des noms de pays : c'est son orgueil.

XXXV. — *La formation de la cavité médullaire dans un cas de polyomyélite antérieure aiguë* ; par le Dr Ceni (numéro de septembre). — On discute depuis fort longtemps pour savoir si le début des lésions est interstitiel ou parenchymateux dans la paralysie spinale infantile. Dans le cas étudié par l'auteur, on constata des lésions primaires localisées aux vaisseaux des méninges et aux vaisseaux des éléments nerveux de la substance grise et des lésions secondaires localisées aux cordons blancs, aux fibres radiculaires, aux ganglions et aux nerfs périphériques ; ces dernières sont des lésions d'atrophie. Les premières indiquent une inflammation chronique des vaisseaux méningés localisés à l'adventice et à la gaine lymphatique et surtout accusée dans les parties inférieures de la moelle. Les cellules de la substance grise sont détruites et l'auteur admet, après une longue et savante discussion, que dans ce cas au moins la lésion primordiale est vasculaire, c'est-à-dire interstitielle, et qu'elle amènera par la suite une destruction complète du tissu des cornes antérieures avec formation secondaire d'une cavité dans la moelle.

XXXVI. — *Dégénérescences secondaires expérimentales dues à un arrachement du sciatique, et situées dans les racines spinales. Etude à l'aide de la méthode de Donaggio pour les dégénérescences* ; par le Dr Lugnato (numéro de décembre). — *A*) Comparaisons des résultats des méthodes de Marchi et de Donaggio : *a*) il y a une grande différence entre les deux méthodes relativement à l'époque de début, la manière de l'appliquer et le moment où cesse la réaction ; *b*) la méthode de Donaggio différencie des lésions à une époque où la méthode de Marchi ne donne encore aucun résultat ; *c*) la méthode de Donaggio dans l'étude des dégénérescences secondaires est tout à fait spéciale pour découvrir dès le début la dégénérescence et l'étudier dès sa période centrale ; *d*) la méthode de Donaggio met en évidence la dégénérescence quand le processus désagrégateur est encore peu avancé ; elle peut servir longtemps dans la dégénérescence primaire, non seulement au début mais dans la dégénérescence secondaire ; *e*) entre la dégénérescence primaire et la dégénérescence secondaire existent des affinités profondes indiquées par la méthode de Marchi ; *f*) les deux méthodes, loin de se nuire, se complètent, et, grâce à leur union, on peut établir l'âge d'une lésion donnée. *B*) Chronologie des fibres

©BIUM

qui dégénèrent dans le même cordon postérieur : *a*) la méthode de Donaggio permet de dire que chez le lapin auquel on a arraché le sciatique, les fibres du cordon postérieur du côté de la lésion ne dégénèrent pas toutes ensemble, mais d'abord celles des 6e et 7e segments lombaires disposés en bordure du septum médian ; *b*) ces fibres dérivent des racines les plus basses parmi celles qui sont arrachées. *C*) Bilatéralité ou unilatéralité des lésions consécutives à l'arrachement unilatéral du sciatique du lapin : *a*) la dégénérescence secondaire des cordons postérieurs de la moelle du lapin dans ce cas est presque toujours unilatérale et située du côté correspondant à l'arrachement ; *b*) rarement il y a des lésions bilatérales, mais alors il y a des complications pendant l'acte opératoire : foyers de ramollissement consécutifs, arrachement accessoire des racines, etc. ; *c*) les fibres descendantes provenant des racines postérieures gagnent aussi la partie la plus interne du cordon postérieur au voisinage immédiat du septum médian ; à un certain niveau, elles se recourbent pour se porter vers la substance grise de la moelle. La lésion descendante consécutive à l'arrachement unilatéral du sciatique du lapin reste limitée au côté correspondant à l'arrachement. *D*) Aspect microscopique des fibres dégénérées traitées par la méthode de Donaggio sur une coupe transversale et sur une coupe longitudinale : *a*) quand commence sur un fibre nerveuse de la moelle une dégénérescence secondaire, le cylindraxe manifeste tout d'abord la propriété de résister à la coloration ; *b*) peu à peu cette propriété s'étend au reste de la section de la fibre, c'est-à-dire à la gaine médullaire, mais d'une manière irrégulière et variable ; tantôt la gaine peut devenir irrégulière et variée, tantôt granuleuse ou trabéculaire, tantôt formée de masses obscures et irrégulières. La fibre devient irrégulière avec des dilatations en boule coupées d'étranglements comme les grains d'un rosaire. Peu à peu ces parties étroites s'étranglent et il ne reste que des groupes de boules ; plus tard encore ces boules se désagrègent mais ce n'est qu'une apparence due à la propriété quelles acquièrent de résister aux colorants. Les fibres dégénérées secondaires traitées par la méthode de Donaggio présentent sur une section transversale de telles diversités d'aspect qu'il est difficile d'établir si le phénomène de la résistance aux colorations existe dans les différentes portions de la fibre.

XXXVII. — *La propriété pathogène de l'aspergillus niger en rapport avec la genèse de la pellagre* ; par les Drs Ceni et

©BIUM

Besta (numéro de décembre). — L'aspergillus niger est pathogène; les toxines qu'il produit ont une action déprimante, les propriétés pathogènes se présentant avec les mêmes caractères soit en se servant du germe *in toto* (injection ou ingestion), soit seulement des toxines. Ces dernières peuvent s'extraire tantôt par l'eau, tantôt par l'alcool. Leur pouvoir pathogène n'a aucun rapport avec celui des composés phéniques. Il est probable que l'aspergillus niger, étant donnés les caractères de ses toxines, a une action dans l'étiologie de la pellagre.

XXXVIII. — *Contribution à l'anatomie pathologique de l'aphasie motrice*; par le Dr Giacchi (numéro de décembre). — Un peintre de quarante-sept ans, entré à l'asile pour aphasie motrice, y meurt, quelques jours après, de syncope cardiaque. L'autopsie permit de constater un processus atrophique simple qui évolua graduellement et se termina par la mort : on trouva en effet dans la région du centre de Broca un kyste sous-dural de nature indéterminée, peut-être échinococcique, qui, par compression, dut amener de l'atrophie de la zone sous-jacente; il n'y eut cependant jamais pendant la vie de signes de compression.

XXXIX. — *Lésion en foyer dans l'hippocampe et dans la corne d'Ammon chez un épileptique mort en état de mal*; par le Dr Pighini (numéro de décembre). — Un épileptique de trente-quatre ans meurt en état de mal. A l'autopsie on trouva dans la corne d'Ammon droite une lésion limitée formée de tissu conjonctif cicatriciel parcouru par des vaisseaux dont les parois sont épaissies et dilatées, dans lesquelles se sont déposés des sels calcaires; la corne d'Ammon est infiltrée de petites cellules ou plus exactement de cellules atrophiées ; il existe un foyer hémorragique dans la circonvolution de l'hippocampe et dans la corne d'Ammon. Des cas analogues ont été indiqués par Bouchet et Cazauvielh (1825), Bergmann (1846), Bouchet (1853). Plus récemment on rechercha la fréquence des lésions de la corne d'Ammon chez les épileptiqnes et on les trouva (Pfleger, 58 p. 100 des cas); mais ici le cas est plus caractéristique, la lésion plus grossière et le début tardif de l'épilepsie à vingt-trois ans semble devoir être mis sur le compte d'un accident méconnu, puisque rien, ni dans le tempérament du sujet, ni dans son hérédité, ne le prédisposait à cette névrose, qui pendant onze ans alla en s'aggravant.

L. WAHL.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Locura comunicada entre dos hermanas (Folie communiquée entre deux sœurs); par le Dr Etchepare. Broch. in-8°. Extrait de la *Revista médica del Uruguay*, novembre 1906.

Les observations de folie communiquée sont peu fréquentes, et bien que de nombreux auteurs se soient attachés à décrire les diverses formes mentales du délire à deux (simultané, imposé ou communiqué), il semble que la lumière soit loin d'être faite à ce sujet.

Le Dr Etchepare apporte sa contribution à cette étude; il passe en revue les travaux de Baillarger, Legrand du Saulle, Lasègue, Falret, Régis, Marandon de Montyel, ceux des auteurs allemands et américains qui ont essayé de créer une forme nouvelle, la folie induite ou transformée, et, se fondant sur son expérience personnelle, sa longue pratique dans un service de femmes, il s'arrête aux conclusions suivantes :

Les femmes sont plus exposées que les hommes à la folie à deux.

La forme de folie à deux qui s'observe le plus souvent est la folie communiquée, dont la folie imposée n'est qu'une variété.

Quant à la folie simultanée, elle ne peut s'observer que dans des conditions dont la réalisation est des plus rares, dans le cas de folie chez des jumeaux, par exemple.

Suit une observation fort intéressante et très documentée de folie communiquée entre deux sœurs, tarées d'ailleurs au point de vue héréditaire, qui ayant toujours partagé les mêmes conditions d'existence, éprouvé les mêmes tourments, accompli les mêmes actes, ont fini par délirer. L'aînée eut une influence prépondérante; de bonne heure elle eut la prétention de diriger sa sœur; celle-ci, d'abord, discuta son autorité, mais, moins bien dotée intellectuellement, finit par se soumettre et par s'assimiler un véritable délire de persécution.

Le traitement ne fut vraiment possible et efficace qu'après

©BIUM

les avoir séparées, mais la guérison survint et les deux sœurs purent quitter l'asile le même jour.

L'observation se complète d'une note dans laquelle l'auteur expose qu'en accordant la sortie, il portait néanmoins un pronostic réservé. Ses craintes étaient bien justifiées, car peu de temps après il recevait de ses deux malades une lettre dans laquelle apparaissait un délire différent de l'ancien mais plus systématisé.

THIVET.

La menstruacion en las alienadas (La menstruation chez les aliénées); par le Dr Etchepare. Broch. in-8°. Extrait de la *Revista médica del Uruguay*, décembre 1904.

On a beaucoup écrit sur les troubles de la menstruation chez les aliénées en les considérant tantôt comme cause, tantôt comme conséquence de la folie, et longtemps l'opinion régna que ces troubles jouaient un rôle des plus importants dans la stabilité mentale de la femme. Dans ces dernières années quelques incrédules se sont dit que si la menstruation est capable de tout, de rendre malade, de guérir, d'aggraver, d'améliorer, etc., il ne serait pas impossible que son action comme agent pathologique soit un peu surfaite. Pour se faire une conviction sur ce point, le Dr Etchepare a entrepris une étude dont il donne les résultats.

Incontestablement il existe chez les femmes, au moment des règles, certains phénomènes dont on doit tenir compte, mais jamais ces sensations spéciales n'arrivent à produire un véritable état de folie. Tout au plus peut-on observer une très légère excitation, simple exagération de l'état mental habituel, et seulement chez un petit nombre de sujets. Dans aucun des cas observés, la folie n'a été la conséquence brusque ou non des règles, quel qu'ait été le soin apporté par l'auteur à rechercher scrupuleusement l'origine de toutes les psychoses aiguës. Aussi le savant professeur de Montevideo adopte-t-il pleinement l'opinion de Marro, à savoir que la cause des altérations psychiques chez la femme doit être recherchée plutôt dans les conditions physiologiques du système nerveux central, dans un trouble de la perception des impressions organiques, dans un développement insuffisant des centres inhibitoires que dans les organes génitaux et leurs annexes.

©BIUM

La menstruation a-t-elle des caractères spéciaux chez les aliénées? Non, du moins dans les états chroniques. Durée, périodicité, abondance, action sur l'état physique comportent, à peu de choses près, les mêmes variations que chez les femmes normales. En ce qui concerne les psychoses aiguës, états maniaques, mélancoliques, confusion mentale primitive, paranoïa aiguë, alcoolisme subaigu, quinze fois dans quatre-vingt-quatorze cas l'auteur a observé des troubles évidents de la menstruation: suppression, irrégularités, modifications du pouls, de la respiration, etc.

Quelle est l'influence des périodes cataméniales sur la marche de l'aliénation mentale? Elle serait très souvent nulle dans les psychoses aiguës, dans les états maniaques comme dans les états mélancoliques, contrairement à l'opinion de Guislain, de Ball, de Schüle. Quant aux aliénées chroniques, une observation attentive et soutenue a montré que la plupart d'entre elles sont parfaitement réglées, quelquefois abondamment, d'autres fois très abondamment. La menstruation n'a exercé aucune action appréciable dans la manie, la mélancolie chronique, la paralysie générale; elle n'a modifié en rien l'évolution de l'hébéphrénie, de la démence précoce simple, de la démence catatonique. Par contre, elle a paru influencer quelquefois la marche de la démence paranoïde; elle a coïncidé avec une exagération des syndromes épisodiques dans quelques cas de dégénérescence mentale.

Enfin, dans l'épilepsie, l'auteur admet que les périodes cataméniales peuvent avoir une action favorable. Ainsi que l'ont déjà signalé Friedmann, Wildermuth et Kraepelin, il n'est pas rare de voir le flux menstruel interrompre nettement les crises comitiales et produire une certaine amélioration.

THIVET.

The relation of certain extreme emotional states to insanity (Relations de certains états émotionnels extrêmes et de la folie); par Théodore H. Kellog, M. D., Riverdale-on-Hudson, New-York; 1 vol. in-8°, de 10 pages. Extrait du *New-York medical Journal*, 1905.

Dans certains états émotionnels extrêmes, le pouvoir d'arrêt normal de la volonté est annihilé et l'individu débordé par l'excès de ses sentiments est entraîné à des actes absurdes et

page 337 sur 528

©BIUM

parfois criminels. Ce qui démontre combien ces états émotionnels extrêmes sont voisins de la folie, c'est qu'on les voit souvent précéder, accompagner ou suivre cette dernière. De là l'importance médico-légale de l'étude de ces phénomènes. La nature d'un crime est rarement un critérium suffisant de la responsabilité ; à coté des actes froidement prémédités prennent place ceux qui sont perpétrés par l'influence d'une idée délirante ou d'une impulsion irrésistible. On ne peut arriver à une appréciation juste et scientifique de ces faits que par l'étude minutieuse de chaque cas en particulier, ainsi que des circonstances qui l'ont accompagné.

A. CULLERRE.

The history of the Boston Society of psychiatry and neurology for twenty five years (Histoire de la Société de psychiatrie et de neurologie de Boston depuis vingt-cinq ans) ; par Walter Channing, M. D., Brookline, 1 vol. in-8°, de 35 pages, avril 1905.

Dans cette notice, l'auteur, après un historique de la fondation de la Société, insiste sur le nombre et la qualité des communications scientifiques qui lui ont été adressées par ses membres et sur l'importance des avis qu'elle a été appelée à émettre en ce qui concerne la construction des établissements d'aliénés et les mesures législatives votées par les pouvoirs publics. Il termine par quelques considérations générales sur les progrès futurs de la psychiatrie et de la neurologie qui ne doivent plus former qu'une seule et unique branche de la science médicale.

A. CULLERRE.

Il calibro delle principali arterie alla base dell'encefalo nei sani di mente e negli alienati (Le calibre des principales artères de la base de l'encéphale chez les individus sains d'esprit et chez les aliénés) ; par le Dr Giuseppe Peli. Bologne, 1902.

Les mensurations du calibre des carotides et des vertébrales pratiquées, d'une part chez 40 individus non aliénés, et, d'autre part, chez 270 aliénés, morts, les premiers à l'hôpital Majeur,

©BIUM

les autres au Manicome de Bologne, ont été réunies dans des tableaux synoptiques, dont la comparaison conduit le Dr Peli à cette conclusion générale, que les principaux vaisseaux de la base de l'encéphale sont plus dilatés chez les aliénés que chez les non aliénés, et que cette dilatation prédispose aussi bien à la phlogose qu'à l'hyperémie cérébrale, puisqu'elle se rencontre aussi bien dans les formes dépressives, particulièrement de mélancolie, que dans les formes d'excitation.

R. Charon.

Sobre un caso de meralgia paresthesica (Sur un cas de méralgie paresthésique); par le Dr A. Austregesilo. Rio de Janeiro, 1902.

Observation intéressante, qui se distingue des descriptions cliniques antérieures par la jeunesse du sujet (première manifestation à l'âge de treize ans), et par l'état de grossesse comme cause apparente de la deuxième manifestation (vingt ans).

R. Charon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Asile de Dijon. Rapport médical; compte moral et administratif pour l'année 1905; budget de l'exercice 1907; par le Dr Garnier, médecin-directeur. 69 pages in-8°, Dijon. Typographie H. Sirodot-Carré, 1906.

— Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 30 avril 1906. 8 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de juillet 1906.

— Asile d'aliénés de Sainte-Catherine à Yzeure (Allier). Rapport médical, par le Dr Monestier, directeur-médecin en chef, et G. Vernet, médecin-adjoint. Compte moral et administratif pour l'année 1905, par le Dr Monestier, 43 pages in-8°. Moulins. Imprimerie Fudez frères, 1906.

— De la paralysie générale sénile (Méningo-encéphalite diffuse subaiguë des vieillards); par le Dr Maurice Olivier. 18 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Psychiatrie et de Psychiatrie expérimentale*, numéro d'août 1906.

— Troubles mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique; par le Dr A. Cullerre. 20 pages in-8°. Extrait des *Archives de Neurologie*, juin 1906.

©BIUM

— L'hystérie et la neurasthénie chez le paysan ; par le Dr Terrien. 1 vol. in-8° de 176 pages. Angers, J. Siraudeau, 1906.

— De la responsabilité des hystériques. Rapport présenté au XVIe Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes (session de Lille, août 1906), par le Dr Raoul Leroy. 177 pages in-8°. Lille, Le Bizot frères, 1906.

— Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien chez les aliénés. Statistique et conclusions de 160 ponctions ; par le Dr Georges Zilanakis. 13 pages in-8°. Athènes, imprimerie « Nomikis », 1906.

— Thirty-fifth annual report of the board of commissionners of public Charities and Committee on Lunacy for 1904. 1 vol. in-8° 298 + 123. Harrisburg, P. A., 1906.

— Les auto-mutilateurs. Etude psycho-pathologique et médico-légale ; par le Dr Charles Blondel. 132 pages in-18. Paris, Jules Rousset, 1906.

— Forty-eighth annual report of the general board of commissionners in Lunacy for Scotland. 1 vol. in-8° de XCVI + 176, Glasgow, 1906.

— Fifty fifth annual report of the States lunatic hospital at Harrisburg, Penna, for the year ending september 30, 1905. 65 pages in-8°. Harrisburg, 1906.

— Eloge de Jules Falret, lu à la séance solennelle de la Société médico-psychologique le 25 juin 1906, par le Dr Ant. Ritti. 56 pages in-8°. Paris, Masson et Cie, 1906.

— Sommeil électrique (Inhibition des mouvements volontaires et de la sensibilité) par des courants électriques de basse tension et à interruptions modérément fréquentes. Epilepsie électrique et électrocution ; par le Dr Louise G. Robinovitch. 98 pages in-8° avec planches. Nantes, imprimerie A. Dugas et Cie, 1906.

— Banquet annuel de la Société médico-psychologique (25 juin 1906). Hommage au Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société. 23 pages in-8°. Paris, Masson et Cie, 1906.

— La nouvelle loi militaire dite loi de deux ans et le personnel secondaire des asiles d'aliénés ; par le Dr Lucien Lagriffe. 7 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, mars 1906.

— Les enfants anormaux en France. Nombre, modalités cliniques et assistance ; par le Dr Jacques Roubinovitch. 15 pages in-8°. Extrait du *Bulletin médical*, 1906.

— Il manicomio provinciale di Milano in Mombello dal 1879 al 1906. 91 pages in-8° avec planches. Milano, 1906.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 31 *décembre* 1906 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr Sollier (Paul-Auguste), médecin à Boulogne-sur-Seine. Ancien interne des hôpitaux de Paris. 20 ans de pratique médicale.

— *Décret du* 16 *janvier* 1907 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr Toulouse (Edouard-Gaston-Dominique), médecin en chef de l'asile de Villejuif. Interne des hôpitaux de Marseille 1887-1889. Interne des asiles d'aliénés de la Seine 1890-1891. Médecin-adjoint des établissements d'aliénés en 1892. Médecin-chef depuis 1898. 20 ans de services.

— *Arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : Sont promus officiers de l'Instruction publique : MM. les Drs Bellat, directeur-médecin de l'asile de Brenty-la-Couronne (Charente) ; Blin, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), et Chardon, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord).

Sont nommés officiers d'Académie, MM. les Drs Meilhon, directeur-médecin de l'asile de Quimper (Finistère), et Viallon, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône).

— *Arrêté de décembre* 1906 : M. le Dr Briche, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot), asile privé faisant fonction d'asile public. M. Briche est maintenu dans les cadres des médecins des asiles publics d'aliénés.

— *Arrêtés de janvier* 1907 : MM. les Drs Lépine, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), et Tissot, médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), sont promus à la 1re classe de leur grade (3.500 fr.).

M. Dubranle, directeur de l'Institution des sourds-muets de Chambéry (Savoie), est nommé directeur de la Maison nationale de Charenton, en remplacement de M. le Dr Bonnier,

©BIUM

admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire de la Maison nationale de Charenton.

— *Arrêtés de février* 1907 : M. le Dr Damoye, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais);

MM. les Drs Dagonet, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris ; Pactet et Toulouse, médecins en chef de l'asile de Villejuif (Seine) ; Sérieux, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8.000 francs);

M. le Dr Anglade, médecin en chef de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 francs);

M. le Dr Privat de Fortunié, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1re classe de son grade (3.500 francs).

MM. les Drs Capgras, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), et Mercier, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 francs).

NÉCROLOGIE

Dr Delaporte. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Delaporte, ancien médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, décédé à Rouen, le 30 décembre 1906, dans sa soixante-dixième année.

Notre regretté confrère a été enterré le 2 janvier suivant. Sur sa tombe, M. le Dr Giraud, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon, se faisant l'interprète de l'Administration des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure et de l'Association mutuelle des médecins aliénistes, a prononcé le discours suivant, qui retrace à grands traits la carrière si bien remplie de l'homme bon et dévoué que fut notre regretté collègue :

« Messieurs,

« Je viens tout à la fois comme représentant l'Administration des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure et l'Association des médecins aliénistes, et comme ami, dire adieu au collègue ami qui nous quitte pour entreprendre le grand voyage.

« Louis-François-Julien Delaporte était né à Virey, dans la Manche, le 1er janvier 1837. Au mois de juillet 1867, il fut appelé à remplir les fonctions de médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon, et il eut pour médecin en chef Morel, qui était un

©BIUM

maître en aliénation mentale. C'est dire qu'il fut à bonne école. Le vieux Saint-Yon d'alors était au centre du quartier Saint-Sever, et Delaporte ajouta à son rôle de médecin à l'asile celui de médecin du Bureau de bienfaisance du quartier. Au mois d'août 1872, il fut appelé comme médecin en chef à Maréville, près Nancy, et c'est là que commença notre vieille amitié. Il était mon aîné, mais dès qu'on le connaissait, on devenait bien vite son ami. Je venais en vacances à Maréville, Delaporte était l'ami de ma famille, j'étais médecin-adjoint des asiles, appelé à devenir dans quelques années son collègue; il était plein d'entrain; un grave accident dans sa jeunesse, l'ouverture de l'articulation du genou, avait déterminé chez lui de la claudication sans le rendre impotent, et je trouvais en lui le plus aimable des compagnons de promenade.

« Au mois de décembre 1875, il était nommé directeur-médecin de l'asile de Fains, près Bar-le-Duc, où j'allai le voir, au cours d'un congé, ne me doutant pas, à ce moment, que je serais son successeur à Fains au mois de janvier 1879, lorsqu'il serait appelé à diriger l'asile Saint-Méen à Rennes. Au mois de juillet 1882, il fut nommé de Rennes à l'asile de Quatre-Mares, où il remplit les fonctions de directeur-médecin pendant quinze ans, venant ainsi terminer sa carrière à l'asile voisin de celui qui avait été son poste de début.

« C'est là que, pendant plus de dix ans, nous avons vécu pour ainsi dire côte à côte, avec des services économiques communs et dans une complète harmonie d'idées. Delaporte n'était plus, dans nos moments de repos, le compagnon de promenade d'autrefois ; une maladie articulaire qui lui causait parfois de cruelles souffrances, ne lui permettait plus les longues courses dans les bois, mais c'était toujours l'ami dévoué et sûr, et un charmant causeur. Il était d'une grande érudition, ses livres étaient sa consolation quand, son service fait, il était obligé de prendre du repos chez lui, et sa conversation était toujours pleine d'attrait. Il était un homme de bon conseil, médecin éclairé, administrateur prudent, et lorsqu'au mois d'août 1897 il sollicita sa mise à la retraite, le Conseil général du département rendit justice, par des éloges bien mérités, à de bons et loyaux services.

« En 1889, au Congrès international d'aliénation mentale, il fut chargé, par les membres français du Congrès, d'organiser, avec son collègue de Saint-Yon, le premier Congrès national des médecins aliénistes à Rouen, et il fut, à l'ouverture de ce premier Congrès, désigné comme vice-président : c'était la marque d'estime et de confiance de ses collègues; et au mois de février 1891, il fut nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique. Quelques années plus tard, en 1897,

©BIUM

quelques mois avant sa retraite, il présenta au Congrès d'assistance tenu à Rouen un très intéressant mémoire, résumant l'histoire des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure.

« Au moment où il prit sa retraite, Delaporte fut nommé directeur-médecin honoraire. Dans ces dernières années, son infirmité s'aggravant, il vivait en reclus chez lui, se consolant toujours avec ses livres; il était heureux de recevoir les amis qui venaient le voir et causer avec lui, et la conversation se prolongeait facilement.

« Il appartenait depuis 1870 à l'Association des médecins aliénistes et en était un des doyens. Il y était entré dès le début de sa carrière, faisant ainsi acte de bonne confraternité, et en quittant le service actif il avait tenu à rester membre associé.

« Adieu, mon cher ami, vous étiez un croyant, et vous avez vu approcher la mort sans crainte, parce que, soutenu par l'idée religieuse, vous disiez au revoir à la famille qui vous entourait et qui vous pleure aujourd'hui. Nous aussi, nous vous disons au revoir, mais la séparation est cruelle, pour vos amis, comme pour votre famille. En exprimant notre respectueuse sympathie à l'épouse résignée, et à vos enfants, qui vous assistaient à vos derniers moments, nous ne pouvons apporter de consolation qu'en partageant leur deuil.

« Adieu, mon cher Delaporte. Au revoir. »

ENQUÊTE SUR L'IMPORTANCE DU ROLE JOUÉ DANS L'ALIÉNATION MENTALE PAR L'ALCOOL ET LES BOISSONS A BASE D'ALCOOL CONTENANT DES ESSENCES. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Paris, le 25 février 1907.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, à Messieurs les Préfets.

Je tiens à connaître et à pouvoir renseigner le Parlement, de façon aussi exacte que possible, sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool, contenant des essences.

Vous voudrez donc bien faire remplir avec soin et me retourner, dans un bref délai, des tableaux correspondant à chacun des établissements d'aliénés situés sur le territoire de votre département (asiles publics, quartiers d'hospices, asiles privés faisant fonction d'asiles publics, maisons de santé) ; vous observerez que ces renseignements ont un caractère scientifique

©BIUM

et impersonnel, et que les malades visés ne doivent y être désignés que par des numéros d'ordre.

Afin de rendre le dépouillement moins malaisé, il est indispensable que ces tableaux soient dressés sur un type uniforme; voici, à ce sujet, les prescriptions qu'il conviendra de suivre.

I

Les malades que nous nous proposons de dénombrer seront classés en trois groupes :

A. — Le premier comprendra tous les cas d'alcoolisme simple, quelle qu'en soit la forme (confusion mentale, délire hallucinatoire, épilepsie, affaiblissement des facultés, paralysie générale, etc.), où l'intoxication alcoolique a été reconnue comme cause *exclusive* des troubles cérébraux.

B. — Le second groupe comprendra les cas d'alcoolisme présentant l'un ou l'autre de ces caractères, savoir : que le cas soit compliqué de dégénérescence ou de débilité mentale, ou qu'il y ait de l'alcoolisme caractérisé chez les ascendants, une colonne spéciale sera consacrée à chacune de ces deux circonstances spéciales ; on ne perdra pas de vue qu'il s'agit là, non d'une description, mais d'un simple dénombrement.

C. — Enfin, le troisième groupe comprendra les cas de folies de toute espèce (manie, folie intermittente, paralysie générale, délires systématisés, etc.) qui, sans être des cas d'alcoolisme proprement dits, comptent l'intoxication alcoolique au nombre de leurs causes déterminantes.

II

Je formulerai ici diverses observations générales ; vous recommanderez aux auteurs de ce travail de s'y conformer.

1° A chaque groupe devront correspondre deux tableaux distincts, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes ;

2° Il serait extrêmement désirable que, sur chaque feuille, les malades fussent inscrits par rang d'âge, les plus jeunes étant cités les premiers ;

3° Chaque tableau devra indiquer, en autant de colonnes distinctes :

(1) Le numéro d'ordre du malade sur le tableau ;

(2) L'âge au 1er janvier 1907 (on comptera l'âge en années, en indiquant comme âgé de cinquante-six ans par exemple, le

©BIUM

malade ayant, à cette date, dépassé cet âge de moins de six mois, et comme âgé de cinquante-sept ans, le malade ayant dépassé cinquante-six ans de plus de six mois) ;

(3) L'âge du malade lors de son entrée ou de sa première entrée dans un établissement d'aliénés ;

(4) Le département d'origine du malade ;

(5) S'il y a lieu, le département, autre que le précédent, où le malade a contracté ses habitudes alcooliques ;

(6) La profession.

4° Chaque tableau comportera une dernière colonne dans laquelle sera notée la boisson habituelle qui paraît la plus directement responsable de l'état du malade ; on indiquera, en particulier, si l'absinthe, doit être incriminée à titre principal ou accessoire.

5° Nous aurons ainsi neuf colonnes pour chaque tableau B ; elles seront disposées comme suit (Voir à la page suivante).

6° Il va de soi que pour chaque tableau A ou C, les colonnes 7 et 8 disparaîtront, le titre général du tableau se suffisant à lui-même.

7° On aura soin de ne pas faire de répétition, un malade ne devant figurer que sur un seul tableau (A, B ou C).

8° Enfin, sur feuille spéciale, on marquera le nombre des alcooliques de tout ordre se trouvant, au 1er janvier 1907, dans l'établissement (ce sera la somme des articles ci-dessus détaillés), et si possible le nombre correspondant pour les années 1897, 1887, 1877, 1867.

Au moment où les méfaits de l'alcoolisme sollicitent l'attention de tous, le Gouvernement a décidé de collaborer de tout son effort avec le Parlement pour combattre ce fléau social et d'abord pour en fixer nettement l'étendue ; il ne vous échappera pas, Monsieur le Préfet, quelle importante contribution la présente statistique apportera à cette étude.

Je compte sur le zèle éclairé de tous pour me permettre de réunir, le plus tôt et dans les meilleures conditions possibles, ces éléments d'information.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur,

Le Directeur
de l'assistance et de l'hygiène publique.

MIRMAN.

©BIUM

B. — *Alcoolisme compliqué de dégénérescence ou débilité mentale ou d'hérédité alcoolique.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Numéros d'ordre.	Âge au 1er janvier 1907.	Âge d'entrée.	Département d'origine.	Département d'origine. alcoolique.	Profession.	Cas où l'alcoolisme est compliqué de dégénérescence ou débilité mentale.	Cas où l'alcoolisme est compliqué d'hérédité alcoolique.	Boisson alcoolique responsable. Absinthe.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

©BIUM

CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Paris, le 23 janvier 1907.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,
à Messieurs les Préfets.

En conformité du décret du 1er août 1906, le concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 4 mars 1907, et les demandes des candidats à ces épreuves seront reçues au ministère de l'Intérieur (1er Bureau de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du lundi 28 janvier au dimanche 10 février au plus tard, accompagnées de toutes les pièces énumérées dans le décret précité.

Je vous prie de donner, d'urgence, la plus grande publicité à cette communication, et d'en ordonner l'insertion dans le Recueil des actes administratifs de votre département.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,

Pour le Ministre :

Le Directeur
de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,

MIRMAN.

Par un arrêté en date du 24 janvier 1907, sont nommés membres du jury de ce concours :

Président : M. le Dr DROUINEAU, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. les Drs THOINOT, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris;

RÉMOND, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse ;

PARIS, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy;

VALLON, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris;

GIRMA, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées) ;

PICHENOT, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Membre suppléant : M. le Dr CHOCREAUX, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

©BIUM

Les aliénés en liberté (*suite*).

5. *Tentative de parricide.* — On télégraphie de Bonneville au *Journal* (numéro du jeudi 1er novembre 1906) :

On vient d'arrêter un individu nommé Emile Chatel-Lourroz, qui, dans un accès de folie furieuse, a blessé grièvement sa mère, âgée de soixante-dix-huit ans, en la frappant avec une hache.

6. *Double tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 3 novembre 1906) :

Dans la nuit du 12 au 13 septembre dernier, en proie à une crise d'alcoolisme, l'employé des postes Marcellin Courrières s'introduisit 40, rue de Clignancourt, dans un logement du cinquième étage occupé par Mme veuve Prévost, son fils Emile et sa fille Suzanne. On n'a pas oublié le terrible drame qui se déroula alors : Courrières, s'acharnant à coups de stylet sur Mme Prévost et le jeune Emile, pendant que Suzanne, folle de terreur, enjambait l'appui de la fenêtre et venait s'abattre sur le pavé de la cour.

Mme Prévost et son fils survécurent à leurs blessures. La jeune fille avait été tuée sur le coup.

Arrêté, Courrières fut mis à la disposition de M. Leydet, juge d'instruction. Il fit d'incohérentes déclarations, qui motivèrent, de la part de son défenseur, Me Antony Aubin, la demande d'un examen mental, qui fut accordé.

Le Dr Roubinovitch, de la Salpêtrière, commis en cette affaire, a conclu à l'irresponsabilité complète de Courrières.

M. Leydet a, en conséquence, rendu un non-lieu. Courrières sera remis à l'autorité administrative, qui le fera interner.

7. *Un fou sur un paquebot.* — Sous ce titre, *le Petit Journal* publie la dépêche suivante, qui lui est adressée de Gênes (numéro du lundi 5 novembre 1906) :

Le paquebot *Sardegna*, venant de la République Argentine, a débarqué hier, ici, un passager ligotté comme un saucisson, et qui a été conduit à l'asile d'aliénés.

Ce voyageur, nommé Romualdo Colavero, originaire de Castiglione, fut pris tout à coup, alors que le paquebot allait de Buenos-Aires à Santos, d'une épouvantable crise de folie. Il s'arma d'un tranchet et parcourut le pont en poussant des cris affreux.

Tous les passagers s'enfuirent affolés.

Un porteur de charbon nommé Bonano, et un chauffeur mécanicien, nommé Del Baste, ne purent se garer à temps du forcené, qui leur porta successivement dans la poitrine plusieurs coups de son arme terrible. Ils expirèrent aussitôt. Il blessa en

©BIUM

outre grièvement plusieurs autres hommes, plus un matelot, nommé Angelo Passalesquia ; celui-ci dut de n'être pas achevé en simulant la mort.

Ses blessures étant des plus graves, on le débarqua à Santos, où il fut transporté à l'hôpital. On désespère de le sauver.

Un voyageur, M. Biana, se porta à la rencontre du fou, plus menaçant que jamais. Il se lança sur lui courageusement et parvint, après une lutte acharnée, à le réduire à l'impuissance.

Colavero fut alors ligotté et enfermé dans une cabine, où on le garda soigneusement à vue jusqu'à l'arrivée au port.

8. *Fureur alcoolique.* — Eugène Gaillard, âgé de dix-neuf ans, aide-maçon, habite rue des Amandiers en compagnie de sa mère, veuve depuis plusieurs années.

Ces temps derniers, Gaillard s'était mis en tête que sa mère voulait se remarier avec un voisin, Georges L..., beaucoup plus connu dans le quartier sous le sobriquet du père « La Lorgnette ».

Cette pensée l'obsédait sans cesse, car il était fermement résolu à s'opposer à cette union.

Il confia son projet à un camarade d'atelier, Léon Dubosc, qui demeure rue de l'Orillon.

Vainement, ce dernier tenta de l'apaiser. Gaillard ne voulut rien entendre. Dernièrement, il faisait l'acquisition d'un coutelas pour saigner son futur beau-père.

Hier, en compagnie de Dubosc, Gaillard se trouvait dans un bar rue des Envierges. A force de libations, le maçon ne tarda pas à laisser sombrer sa raison au fond de son verre.

— Oui, s'écria-t-il, en faisant allusion de nouveau au mariage de sa mère, oui, je suis décidé à ne pas le laisser s'accomplir. Ce soir, je vais me poster devant la porte du père « La Lorgnette », et quand je le verrai paraître, je lui ferai comme ceci.

Ce disant, il sortit son coutelas, s'élança sur son camarade, et, emporté par l'élan, il lui enfonça la lame dans le cou.

Immédiatement secouru, le blessé, grièvement atteint, fut transporté à l'hôpital Tenon.

Quant au meurtrier, après interrogatoire, on l'envoya à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mercredi 14 novembre 1906.)

9. *Menaces de mort.* — On télégraphie de la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne), au *Petit Journal* (numéro du vendredi 16 novembre 1906) :

Hier matin, au petit jour, un cultivateur de Leudon, nommé Pierre Poulet, âgé de quarante-deux ans, subitement atteint de folie furieuse, pénétra dans l'habitation de son frère, en ferma toutes les issues et, s'armant d'un fusil de chasse, il déclara qu'il tuerait tous ceux qui voudraient le faire sortir.

©BIUM

Toute la brigade de gendarmerie fut mobilisée; on parlementa, mais Poulet persista dans sa résolution.

Le siège de la maison fut alors commencé.

Il durait depuis plusieurs heures, devant la population assemblée, quand un assistant, à la faveur d'une diversion, réussit à percer une ouverture dans une des portes et à faire glisser le verrou intérieur.

Un gendarme résolu, nommé Petit, se précipita aussitôt dans la maison et bondit sur le fou. Il réussit à le saisir et à relever son arme au moment où l'énergumène faisait feu.

Personne ne fut atteint, et le gendarme, aidé par les personnes qui l'avaient suivi, a réussi à ligotter le fou furieux, qui a été enfermé et mis hors d'état de nuire.

10. *Parricide.* — On lit dans *le Matin* (numéro du dimanche 18 novembre 1907) :

Dans la nuit du 8 au 9 octobre, le jeune Eugène Cavé, quinze ans, frappa à coups de couteau sa mère, habitant rue de l'Orillon. Le Dr Legras a procédé à son examen mental. L'expert conclut à l'entière irresponsabilité. Eugène Cavé sera interné.

11. *Kleptomanie.* — Il y a quelque temps, une femme de cinquante-trois ans, Marie Friès, était arrêtée à l'église Saint-Leu au moment où, à l'aide d'une baguette enduite de glu, elle sortait l'argent des troncs. Il y a cinq ans, elle avait été pincée commettant le même genre de vol, à Issy-les-Moulineaux.

M. Barat, juge d'instruction, vient de rendre une ordonnance de non-lieu en faveur de Marie Friès, que le Dr Dubuisson, médecin aliéniste, a reconnue irresponsable. (*Le Petit Journal*, numéro du mardi 20 novembre 1906.)

12. *Excentricités.* — On télégraphie d'Oyonnax (Ain), au *Journal* (numéro du dimanche 18 novembre 1906) :

Le nommé Guillerminet, trente-cinq ans, habitant une ferme de la commune de Jayat, d'une force d'athlète, mais ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés mentales, s'était opposé, en juillet dernier, à l'enterrement de sa mère, et l'idée de la revoir lui hantait l'esprit depuis ce moment-là. Trompant la surveillance du garde-champêtre de la commune, qui monta la faction durant plusieurs nuits, Guillerminet alla déterrer sa mère, l'emporta sur son dos, sans le cercueil, durant trois kilomètres, et l'enfouit dans le fumier de la cour de la ferme.

C'est là que la gendarmerie de Montrevel a trouvé le cadavre en pleine décomposition pendant que Guillerminet était aux champs.

Guillerminet a été écroué à la prison de Bourg.

13. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On télégraphie de

©BIUM

Marseille au *Matin* (numéro du mercredi 21 novembre 1906) :

Un drame affreux s'est déroulé ce matin, vers 8 heures, dans un petit appartement sis au n° 31 de la rue Cavaignac, où habitent les époux Maure.

En l'absence du mari, qui est chef de train et se trouvait de service à Toulon, Mme Claire Maure, âgée de trente-deux ans, qui, depuis quelque temps déjà, donnait des preuves de dérangement cérébral, fut prise d'une crise de folie furieuse. Croyant entendre des charrettes gravir l'escalier de sa maison, elle ouvrit la fenêtre de la cuisine, située sur le derrière : puis, dans le but de soustraire son fils, un bambin de sept ans, aux malfaiteurs qu'elle se figurait voir, elle se saisit de lui, et malgré ses cris le précipita dans le vide. L'enfant tomba d'une hauteur de quatre mètres sur un treillage qui l'aurait retenu et empêché de venir s'abîmer sur le sol de la cour, mais, à ce moment, la malheureuse folle se jeta à son tour par la fenêtre, et son poids s'ajoutant à celui du garçonnet fit céder le treillage, et les deux corps vinrent s'abattre sur les dalles cimentées.

L'enfant, bien qu'horriblement contusionné, chercha alors à s'échapper en gravissant un petit mur voisin : mais la mère, qui avait vu son geste, eut encore la force de le saisir et de le précipiter dans une cour voisine, en contre-bas de huit mètres.

Les voisins, qui assistèrent en témoins impuissants à ce drame horrible et qui ne dura que quelques secondes, s'élancèrent au secours. La folle fut relevée dans un état effroyable, les reins et les jambes brisés. Quant à l'enfant, il était couvert de multiples contusions et se plaignait de violentes douleurs internes. Leur état à tous deux est désespéré.

14. *Tentative d'homicide.* — Un jeune homme de Versailles, clerc de notaire à Paris, a été pris, hier, dans le train venant de Versailles, d'un accès de folie subite. Il se jeta brusquement sur un voyageur, voulant le jeter par la portière ; il fut heureusement maîtrisé par ses camarades, et, dès l'arrivée à Paris, dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 22 novembre 1906.)

15. *Tentative d'homicide.* — Etant fort loin de jouir de tout son bon sens, Mme Hélène Moslova, 48, rue de Boulainvilliers, accusait son concierge de répandre des bruits outrageux pour sa vertu. C'est pourquoi elle tira hier sur lui trois coups de revolver, heureusement sans l'atteindre. Cette folle dangereuse est à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du vendredi 23 novembre 1906.)

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.

DES SUBSTANCES QUI INTERVIENNENT DANS LA GENÈSE DE L'ATTAQUE D'ÉPILEPSIE

Par le Dr Julius DONATH

Universitätsdocent,
médecin en chef de la section des maladies nerveuses
à l'hôpital " Stephan " à Budapest.

TRADUIT DE L'ALLEMAND PAR LE Dr A. ADAM

Deux facteurs sont à considérer quand on analyse l'attaque classique de l'épilepsie essentielle, à savoir : 1° la prédisposition aux crises de ce genre ; 2° les causes immédiates de leur éclosion à des intervalles variables. La prédisposition a son origine dans une tare névropathique ou psychopathique des ascendants, dans une détérioration du germe du fait de l'alcoolisme ou de la syphilis des parents, dans une lésion cérébrale d'origine

©BIUM

traumatique ou infectieuse. Ces différentes conditions produisent des altérations morbides de l'écorce cérébrale (altération épileptique de Nothnagel), et une augmentation de l'excitabilité des centres corticaux.

La prédisposition existant, il y a lieu de rechercher quelles sont les excitations susceptibles de provoquer les attaques.

L'expérimentation sur les animaux nous permet d'apprécier les excitants mécaniques, électriques, thermiques et chimiques de l'écorce cérébrale. L'excitation mécanique ne peut être incriminée que dans les traumatismes craniens et dans les cas de tumeurs cérébrales, tandis que dans l'épilepsie essentielle, ce sont les excitants chimiques qui entrent en jeu.

Si on considère, d'autre part, que beaucoup d'épileptiques à crises espacées ne présentent, dans l'intervalle des paroxysmes, ni symptômes révélateurs de leur maladie, ni anomalies appréciables des échanges organiques, on est amené à chercher les substances convulsivantes parmi les produits normaux des échanges de l'organisme.

Parmi les combinaisons chimiques bien définies, susceptibles de provoquer des crises convulsives, Haig (1) a signalé l'acide urique, Krainsky (2) le carbamate d'ammoniaque, et moi-même (3) l'ammoniaque et certaines bases ammoniacales organiques. Parmi ces dernières, j'ai le premier attiré l'attention sur la choline;

(1) Alex. Haig. Further observations on the excretion of uric acid in epilepsy and the effects of diet and drugs on the fits. *Brain*, 1896. Spring.

(2) N. Krainsky. Zur Pathologie der Epilepsie. *All. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1897, 4, p. 1612.

(3) J. Donath. Die Bedeutung des Cholins in der Epilepsie nebst Beiträgen zur Wirkung des Cholins und Neurins, sowie zur Chemie der Cerebrospinalflussigkeit. *Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde*, Bd XXVII, 1904.

Haig a remarqué que la quantité d'acide urique excrétée diminuait d'une façon constante avant l'attaque d'épilepsie, pour augmenter *dans la même proportion* après l'attaque; il fait la même remarque pour les accès de migraine. En établissant d'une manière suivie la quantité d'acique urique excrétée, Krainsky arriva même, quand les crises n'étaient pas quotidiennes, à les prédire un ou deux jours d'avance, et Caro constata que cela se pouvait non seulement pour les attaques typiques, mais aussi pour les simples absences (1).

Krainsky attribue cette diminution de l'acide urique à la formation d'un produit anormal de désassimilation, le carbamate d'ammoniaque, qui d'après lui existerait dans le sang des épileptiques en quantité très appréciable, et proportionnelle à l'intensité des manifestations convulsives. A son avis, l'urée chez les épileptiques ne serait pas, selon la règle ordinaire, transformée en acide urique sous l'action d'acides organiques, mais se changerait en carbamate d'ammoniaque par l'assimilation des éléments d'une molécule d'eau.

Afin d'établir quelles substances doivent être considérées comme susceptibles de provoquer des convulsions, j'ai fait des expériences sur des animaux, expériences dont j'expose ici les résultats.

Je me suis appliqué constamment à n'employer que des substances indifférentes à l'égard du sang.

Les bases libres, comme pouvant être dissolvantes pour les globules sanguins, et les acides libres comme susceptibles d'exercer une action coagulante, ont donc été écartés.

Les acides furent combinés avec une base indifférente (natrium), et les bases avec des acides indiffé-

(1) Caro. Ueber die Beziehungen epileptischer Anfälle und Harnsaureausscheidung. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1900, Nr. 19.

©BIUM

rents (chlorhydrique, carbonique). Aux solutions employées j'ajoutai 0,08 p. 100 de ClNa. Leur réaction au papier de tournesol était neutre ou alcaline, les acides libres ne pouvant d'ailleurs exister dans un sang à réaction alcaline. Pour obtenir des effets rapides et directs, l'administration fut faite par injections intraveineuses dans la jugulaire interne mise à découvert, ou dans la grande veine saphène. J'opérais presque exclusivement sur des chiens; ce n'est que pour la guanidine que des essais (par voie hypodermique) furent faits sur des cobayes (1).

Expériences avec l'urate neutre de sodium.

L'acide urique n'étant soluble que dans 14.000 parties d'eau, fut employé sous forme d'urate neutre de sodium. Ce sel se dissout dans 62 parties d'eau, mais en se transformant en partie en sel acide, qui n'est soluble que dans 1.100 ou 1.200 parties d'eau. Pour parer à cet inconvénient dans la mesure possible, j'ajoutais une solution de soude dans la proportion de 0,5 p. 100, qui fut supportés sans difficulté par les sujets en expérience.

Des injections intraveineuses de 0 gr. 075 à 0 gr. 09 d'urate neutre de sodium par kilogramme d'animal, en solution de 0,5 à 1,50 p. 100 (en tout 44-150 centimètres cubes), furent faites à trois chiens.

Ces animaux ne présentaient rien d'anormal, ils se trouvaient très à l'aise après les injections, sans trace de convulsions.

L'acide urique, dit-on, semble manquer dans le sang des mammifères, où il n'apparaîtrait que dans des conditions pathologiques. Les proportions les plus fortes

(1) Les documents relatifs à toutes ces recherches sont exposés dans un travail plus circonstancié.

ont été constatées dans la goutte (0,025-0,175 p. 1000 par Garrod), ainsi que dans la leucémie. Etant donné que l'urate neutre de sodium avec son eau de cristallisation ($Na^2C^5H^2Az^4O^3 + H^2O$) employé par moi, renferme 74 p. 100 d'acide urique, il appert que les quantités d'acide injectées (le sang étant compté au dixième du poids du corps) étaient 4 *à* 36 *fois plus fortes que les quantités* (*maxima*) *signalées dans la goutte.*

Ce résultat était à prévoir en considérant que, ni dans la goutte ni dans la leucémie, il ne survient de convulsions.

De ce fait, j'ai établi expérimentalement la preuve de l'assertion émise dans mon travail sur la choline, à savoir que l'augmentation de la sécrétion de l'acide urique après l'attaque d'épilepsie dans des proportions égales à celle de sa diminution avant l'attaque, démontre péremptoirement qu'il ne s'agit pas là d'une disparition de l'acide urique, par suite de formation de carbamate d'ammoniaque, comme le voudrait la théorie de Krainsky, mais simplement d'une rétention de l'acide urique dans le sang (1).

Ainsi que je l'ai indiqué dans le travail mentionné ci-dessous, la rétention d'acide urique a lieu vraisemblablement sous l'influence d'une excitation à forme d'aura des vasomoteurs, excitation qui forme obstacle au passage de l'acide urique, corps peu soluble, à travers les vaisseaux rétrécis du rein.

Après l'attaque, l'excitation vasomotrice disparaît, et avec elle l'obstacle à l'osmose. Cet obstacle ne pèse pas seulement sur l'acide urique, mais aussi sur le

(1) On trouve dans le travail de Krainsky une autre preuve de ce fait. Il prétend, en effet, que le carbonate de lithine qui dissout l'acide urique a une action favorable sur l'épilepsie, et néanmoins, malgré l'administration de carbonate de lithine, il n'a pu prouver une augmentation *in toto* de l'acide urique excrété.

©BIUM

chlorure de sodium, cependant très soluble. Voisin et Krantz (1) ont constaté que dans l'urine des épileptiques, la quantité de chlorure de sodium subit des variations assez marquées, mais qu'avant et pendant l'attaque, il y a rétention de ce sel, rétention à laquelle succède une décharge, une fois la crise terminée.

Krainsky a constaté le même fait pour l'acide phosphorique.

Au reste, l'acide urique ne joue pas un rôle pathogénique dans la goutte. Ce rôle revient à une anomalie congénitale ou acquise des échanges, qui a pour effet de déverser de l'acide urique dans les articulations, où cet acide provoque les symptômes morbides par voie d'*irritation mécanique*. L'augmentation de la sécrétion urique s'observe aussi dans d'autres maladies, dans des affections rénales et surtout dans la leucémie. Dans cette dernière le maximum habituel d'acide urique peut être quintuplé (4 gr. et plus par jour), sans qu'il se produise de dépôt goutteux, ni aucune autre manifestation de la goutte. *L'acide urique n'est donc pas une substance toxique* (2).

---

(1) R. Voisin et S. Krantz. Recherches sur les éliminations urinaires des épileptiques pendant le régime ordinaire et le régime déchloruré. *Arch. de médecine expérimentale*, mars 1905; Ref. *Revue neurologique*, 1905, n° 24.

(2) L'innocuité de l'acide urique dans l'épilepsie est encore démontrée par les intéressantes recherches sur les échanges, entreprises par J. Hoppe (Epilepsie et acide urique. *Wiener klinische Rundschau*, 1903, n° 45) qui démolissent du même coup la théorie de Krainsky sur l'auto-intoxication par l'acide urique. Hoppe soumit pendant six semaines vingt-quatre enfants épileptiques à un régime mixte, ensuite pendant six semaines à un régime végétarien avec des préparations renfermant de l'albumine végétale, et enfin de nouveau, pendant six semaines, au régime mixte. Avec le premier régime, l'excrétion d'acide urique était en moyenne de 0 gr. 63 par personne, et avec le régime végétarien ce chiffre tomba à 0 gr. 39. Malgré ce résultat, le nombre total des crises de tous les sujets fut de 181 pendant la première période, 205 pendant la seconde, et 182 pendant la troisième.

Il en est autrement du *carbamate d'ammoniaque* ($CO\left\{\begin{matrix}AzH^2\\OAzH^4\end{matrix}\right.$) signalé par Krainsky.

Ici, ainsi que je l'ai indiqué dans un travail antérieur, l'agent toxique convulsivant est l'ammoniaque, dont je vais m'occuper maintenant. On ne connaît pas d'autre base anorganique susceptible de se combiner avec l'acide carbamique, mais on connaît des éthers de cet acide, notamment l'uréthane $\left(CO\left\{\begin{matrix}AzH^2\\OC^2H^5\end{matrix}\right.\right)$ ou carbamate d'éthyle, qui s'emploie comme *hypnotique* et comme *antidote des poisons convulsivants* aux doses de 4 et 5 grammes. *L'acide carbamique qui entre dans cette combinaison ne saurait donc être considéré comme convulsivant.*

Expériences avec l'ammoniaque.

Dans neuf expériences, des doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 50 de chlorure d'ammonium par kilogramme d'animal furent administrées par injections intraveineuses à des chiens, en solution de 1 à 10 p. 100 (en tout 25 à 88 ccm.).

L'*action convulsivante* par excellence de l'ammoniaque se manifesta dans ces essais. Avec les convulsions des muscles volontaires, on put observer une *respiration profonde, lente, convulsive*, et même, l'*arrêt des mouvements respiratoires et cardiaques* (excitation du centre du nerf vague), un *écoulement abondant de salive souvent spumeuse* et parfois des *vomissements* et de l'*excrétion involontaire de l'urine*, effets déjà signalés par les toxicologues.

L'action convulsivante ne dépend pas uniquement de la quantité de substance toxique injectée, mais aussi de son degré de concentration, et elle augmente en raison de ce degré. Ainsi une solution de 5 p. 100 avec la

©BIUM

dose de 0 gr. 072 par kilogramme d'animal provoquait des convulsions violentes qui menaient presque à l'arrêt de la respiration et de la circulation, tandis qu'une solution de 2 p. 100 avec presque la même dose relative (0 gr. 07 par kilogramme) n'avait pas d'effet. Avec des solutions de 3 à 4 p. 100, on observe des convulsions avec la dose de 0 gr. 15 par kilogramme d'animal ; et la dose de 0 gr. 20 par kilogramme d'animal dans une solution de 4 p. 100 provoque les accidents convulsifs les plus graves, de façon à compromettre au plus haut point la vie du sujet (1).

Expériences avec le carbonate d'ammoniaque ordinaire.

Dans quatre expériences, des doses de 0 gr. 15 à 0 gr. 27 de carbonate d'ammoniaque ordinaire par kilogramme d'animal furent injectées dans les veines des chiens en solution de 4 à 10 p. 100 (au total 30 à 118 c. c.).

Les accidents convulsifs furent les mêmes qu'avec le sel ammoniac, provoquant en solution de 5 p. 100 des accidents graves, à la dose de 0 gr. 27 par kilogramme d'animal.

Triméthylamine et choline.

On peut considérer dans l'organisme parmi les bases ammoniacales organiques, la triméthylamine comme un corps intermédiaire entre le sel ammoniac et la choline. Cette dernière est le triméthyl-oxéthyl-ammoniumoxydehydrate. D'après les recherches les plus minutieuses

(1) Il est à noter que la quantité d'ammoniaque que contient l'urine normale de l'homme dans les vingt-quatre heures varie entre 0 gr. 60 et 1 gr. 20, ce qui correspond à 1 gr. 9 et 3 gr. 8 de sel ammoniac. En outre, le sérum normal renferme aussi de l'ammoniaque.

de différents auteurs, le chlorhydrate de triméthylamine produit chez les chiens et les chats des *convulsions toniques et cloniques graves*. Selon Husemann (1), le sel ammoniac serait plus toxique que le chlorhydrate de triméthylamine. Ce dernier en effet ne deviendrait mortel pour le lapin qu'à la dose de 1 gramme par kilogramme d'animal. Récemment la présence de la triméthylamine a été signalée dans l'urine normale de l'homme variant dans les vingt-quatre heures, entre 16 et 79 milligrammes (Filippo de Filippi, *Zeitschr. f. physiol. Chemie*. Bd XLIX).

En ce qui concerne la choline, je mentionnerai brièvement mes nombreuses expériences faites sur des lapins, des cobayes ou des chiens. Les injections faites dans l'épaisseur de la substance corticale (en évitant la zone motrice), ou sous la dure-mère, ont provoqué les *convulsions toniques et cloniques* les plus graves, suivies souvent de parésies. On observa en même temps une *forte salivation*, avec formation d'écume sur la bouche, une excrétion abondante de larmes, des sécrétions intestinales et des mouvements péristaltiques avec évacuations fréquentes d'urine et de matières fécales ; et parfois des vomissements. Les injections faites dans un but de contrôle avec du chlorure de sodium (2), même la solution de 10 p. 100, ne donnaient lieu à aucun accident, ou ne produisaient tout au plus qu'une parésie légère et passagère des membres du côté opposé (3).

---

(1) Kunkel. *Handbuch. d. Toxykologie*. Iéna, 1899, p. 586.

(2) Les injections de chlorure de sodium et de choline ont été faites séparément sur des animaux absolument intacts, de sorte qu'on ne saurait invoquer une action cumulative du chlorure de sodium et de la choline.

(3) En même temps que, me basant sur les propriétés de double réfraction du chlorure de platine et de choline (Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant. *Revue neurologique*, 1906, n° 4), j'ai signalé récemment la présence de la choline dans le liquide cérébro-spi-

©BIUM

Ces résultats furent confirmés par Buzzard et Allen, qui ont provoqué des convulsions chez les lapins et les rats par des injections de choline dans les veines, sous la dure-mère ou dans le péritoine. Ils ont fait remarquer que les doses employées étaient proportionnellement supérieures aux quantités de choline existant chez l'homme à la suite de maladies dégénératives du système nerveux. Il conviendrait peut-être de considérer que le cerveau des épileptiques, malade et *surexcitable*, peut réagir par des convulsions contre des quantités bien inférieures à celles qu'il faut employer pour convulsiver un animal au cerveau sain.

L'action *caustique* de la choline a aussi attiré l'attention dans ces derniers temps, et l'on a pu constater que, comme je l'avais déjà déclaré, la choline était loin d'être aussi inoffensive qu'on l'a cru autrefois. C'est sans doute à sa grande hygroscopicité que la choline doit en partie ses effets caustiques. La décomposition de la lécithine avec formation de choline sous l'influence des rayons de Rœntgen et du radium, a été invoquée avec raison pour prouver l'action destructive de ces rayons sur les tissus. (Hofman et Schultz, Exner et Zdarck, Exner et Sywek.)

---

nal, aussi bien dans les maladies nerveuses que dans l'épilepsie. Otto Rasenheim (*Journal of physiology*, vol. XXXIII, n° 3) a publié les méthodes employées par lui dans le laboratoire physiologique du professeur Halliburton à Londres pour la recherche de la choline au moyen de l'iodure de potassium et de bismuth. Il a attiré l'attention sur l'application de sa méthode à l'analyse du liquide cérébro-spinal dans les affections nerveuses, et il a bien voulu me communiquer directement, avant la publication de ses résultats, les faits suivants : « Dans six cas (dont un d'épilepsie, les autres de paralysie générale) sur quatorze, l'analyse du liquide cérébro-spinal a donné un résultat positif; les autres, trois cas de paralysie générale sans crises, des cas de mélancolie, de démence secondaire, ont donné un résultat négatif. Pour les autres cas, j'ai combiné ma méthode avec la vôtre, de sorte que mes résultats concordent parfaitement avec ceux du professeur Halliburton, de Mott et avec les vôtres. »

L'ammoniaque, la triméthylamine et la choline constituent par conséquent une série de substances convulsivantes.

Kréatinine et guanidine.

En raison des rapports chimiques de la *créatine* et de la *créatinine* avec les corps du groupe urique, corps alloxuriques, il est intéressant de les étudier ici.

La *créatine*, qui est le produit de substitution acétique de la méthylamidine, apparaît comme non toxique. Par contre, la *créatinine* qu'on obtient par ébullition de la créatine avec des acides par perte d'une molécule d'eau, qui, représente par conséquent l'anhydride de la créatine, se montre toxique. Meissner et Bogosslowsky ont observé après injection intraveineuse de la créatinine, l'augmentation de la fréquence du pouls, des mouvements péristaltiques de l'intestin, de la paralysie progressive, des *convulsions cloniques* et enfin la mort après seize à dix-huit heures (1).

Comme produit d'oxydation d'une base alloxurique, j'ai cru devoir étudier ici la *guanidine* qu'on obtient en traitant la guanine par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse. Ce corps, qui est une carbone-diamide-imide $\left(C\left\{\begin{matrix}AzH^2\\AzH\\AzH^2\end{matrix}\right.\right)$, renferme une grande proportion de résidus ammoniacaux et constitue une base énergique qui fixe même l'acide carbonique de l'air pour former du carbonate de guanidine. Il n'a pas été découvert jusqu'à présent dans l'urine humaine, mais il peut être considéré comme un dérivé de l'acide urique (2).

---

(1) Kunkel. *Loc. cit.*, p. 573.

(2) Achelis a cependant signalé tout récemment la présence de la méthylguanidine dans l'urine humaine normale. *Centralblatt f. Physiologie*, 1906, n° 14.

©BIUM

Expériences avec le chlorhydrate de guanidine.

Quatre expériences avec une solution de 5 p. 100, furent faites sur des chiens (3 fois par voie intraveineuse, 1 fois par voie sous-cutanée) ; et 6 essais eurent lieu (par voie hypodermique), sur des cobayes.

Chez le *chien* une *injection intraveineuse* de 0 gr. 2 de chlorhydrate de guanidine par kilogramme d'animal, provoque quelques *convulsions cloniques* qui font bientôt place à une parésie musculaire générale ; on observe aussi des vomissements. Après administration par la même voie de 0 gr. 3, la mort survint au bout de six heures.

L'*injection sous-cutanée* provoqua des *convulsions toniques énergiques des extrémités postérieures* qui se reproduisirent encore le lendemain, et la mort survint vingt-neuf heures après l'absorption.

D'une façon générale, la guanidine produit chez le chien plus de manifestations paralytiques que convulsives.

Chez le cobaye, l'injection sous-cutanée de 0 gr. 3 par kilogramme provoque des *convulsions cloniques très fortes*, surtout des *secousses de la tête*, et bientôt après une *parésie générale des muscles volontaires* y compris les muscles abdominaux (flatulence). Une dose de 0 gr. 4 donne lieu à des *convulsions cloniques énergiques* qui peuvent durer *trois jours*.

Ces expériences viennent donc à l'appui de notre prévision, à savoir que la guanidine, substance chimiquement voisine de l'ammoniaque, provoque également des convulsions.

Les sels de potassium.

Ces sels méritent une attention spéciale parmi les composés basiques. On sait qu'introduits dans le courant

sanguin, ils exercent sur le cœur une action paralysante très forte. Une dose de 0 gr. 27 par kilogramme est mortelle pour le chien (Fr. Hermanns). Les symptômes observés sont les suivants : *lassitude, abaissement de la température, dyspnée, convulsions toniques et cloniques avec arrêt de la respiration, enfin opisthotonos. Ce sont, comme on voit, les phénomènes ultimes de l'asphyxie convulsive... Tout au contraire, ainsi que l'emploi de la ponction lombaire de Quincke nous permet de le constater, la pression sanguine est très augmentée pendant l'attaque d'épilepsie.*

Pour la mensuration de cette pression, le liquide cérébro-spinal constitue un manomètre très sensible : l'action de parler, de tousser, d'expirer profondément, donne lieu à un abondant écoulement de liquide. A diverses reprises, quand survenait pendant la ponction lombaire une attaque d'épilepsie, j'ai constaté une augmentation rapide de la quantité de liquide écoulé. Les mensurations de Novratzki et Arndt (1) ont démontré qu'immédiatement avant l'attaque d'épilepsie, ainsi que dans l'intervalle de deux attaques, la *tension* du liquide céphalo-rachidien n'est pas supérieure à la normale ; *ce n'est qu'après le début de l'attaque que la pression fait équilibre à une colonne d'eau de* 870 *mm. au lieu de* 600 *mm.*

Nous avons d'autre part des preuves cliniques de l'augmentation de la pression sanguine pendant l'attaque d'épilepsie ; ce sont les ruptures vasculaires fréquentes qui donnent lieu à des extravasations sanguines, sous la peau et les muqueuses, et surtout sous la conjonctive. Pour ces raisons il ne semble pas vraisem-

(1) Navratzki und Arndt. Ueber Druckschwankungen in der Schädel-Rückgratshöhle bei Krampfanfällen. Société psychiatr. de Berlin, séance du 17 juin 1899.

©BIUM

blable que les sels de potassium, qui diminuent la pression sanguine, jouent un rôle dans la genèse de l'attaque d'épilepsie.

Il en est autrement des sels ammoniacaux, qui produisent une grande augmentation de la pression sanguine, même après section de la moelle cervicale, c'est-à-dire indépendamment du centre vaso-moteur.

Acide lactique.

Après ces considérations sur l'acide urique, l'ammoniaque et les bases ammoniacales, je reviens à l'étude d'un acide qui, dans les travaux remarquables du professeur Zweifel et de ses collaborateurs, a été récemment envisagé au point de vue de ses rapports pathogéniques, non pas avec l'épilepsie, mais avec l'éclampsie des femmes enceintes, qui cliniquement se rapproche beaucoup de l'épilepsie. Quelles que soient les différences qui au point de vue étiologique séparent ces deux maladies (l'éclampsie étant une intoxication liée à la grossesse), elles ont cependant comme caractères communs les convulsions, la perte de connaissance et l'excitation de l'écorce cérébrale qui en est le substratum.

Des observations relatives à l'éclampsie peuvent donc n'être pas sans intérêt pour l'épilepsie.

Zweifel (1) et Lockemann (2) ont trouvé dans le sang de la saignée, dans l'urine des femmes éclamptiques, et surtout dans l'extrait de leur placenta, et dans le cordon ombilical de leurs fœtus, l'acide sarco-

---

(1) Zweifel. Das Gift der Eclampsie und die Consequenzen für die Behandlung. *München. med. Wochensch.*, 1906, n° 7.

(2) G. Lockemann. Uber den Nachweiss von Fleischmilchsäure in Blut, Urin und Zerebrospinalflüssigkeit eklamptischer Frauen. *Münchener med. Wochenschrift*, n° 7, 1906. Pour le liquide céphalo-rachidien cette preuve fut faite en collaboration avec M. Furth (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1906, n° 2).

©BIUM

lactique, qu'ils ont identifié par l'analyse de ses sels de zinc. Dans une série de dix-huit cas d'éclampsie, Zweifel a constamment trouvé l'acide sarcolactique dans l'urine ; cet acide se rencontre avec la même constance dans le sang des femmes éclamptiques. Chez l'homme bien portant, on n'a pas jusqu'à ce jour trouvé l'acide sarcolactique dans le sang de la saignée, mais on l'a trouvé par contre chez les malades atteints d'affections avec troubles respiratoires (congestions pulmonaires, lésions du cœur, bronchites, etc.). Zweifel estime aussi que l'absence d'acide lactique dans les sécrétions constitue un caractère distinctif entre l'urémie et l'épilepsie d'une part, et l'éclampsie d'autre part.

Il m'a paru important d'élucider les deux points suivants : 1° *L'acide lactique existe-t-il dans le liquide cérébro-spinal des épileptiques?* Si en effet cet acide est épileptogène il doit se rencontrer surtout dans le liquide cérébro-spinal ; 2° *L'acide lactique introduit directement à doses massives dans le sang provoque-t-il des convulsions?*

Pour ce qui concerne ma méthode simplifiée pour la recherche de l'acide lactique, dans le liquide cérébro-spinal, je renvoie à un travail plus détaillé que je vais publier.

Vu les quantités minimes de liquide soumis à l'analyse il était à prévoir qu'on ne trouverait que de faibles doses d'acide lactique. On opérait communément sur 100 centimètres à peu près ; encore fallait-il pour cela réunir le liquide de trois ou quatre malades, car on ne faisait la ponction lombaire que dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Deux fois j'ai opéré sur du liquide provenant d'un sujet *unique*. Dans l'un de ces cas le sujet était atteint *d'épilepsie alcoolique grave. Dans tous les autres cas, au nombre de neuf, il s'agissait d'épilepsie vraie. Le nombre*

©BIUM

total des ponctions a été de vingt, elles ont été faites à des époques variables, le plus souvent après les attaques d'épilepsie ; parfois elles furent suivies de près par une crise convulsive.

Il fut fait six analyses de liquide cérébro-spinal au point de vue de la recherche de l'acide sarcolactique. Les opérations portèrent sur 108, sur 96 et sur 95 centimètres cubes provenant respectivement de quatre épileptiques, sur 117 centimètres provenant de trois épileptiques, et sur 61 et 100 centimètres provenant respectivement d'un seul épileptique.

Dans aucun cas on ne trouva trace d'acide lactique, la réaction d'Uffelmann fut constamment négative, alors que des opérations de contrôle établirent que des quantités de 1 milligramme et même de 1/2 milligramme d'acide lactique dissous dans 50 centimètres cubes de liquide traité par ma méthode, pouvaient être très nettement décelées par le réactif d'Uffelmann.

Nous savons par les recherches de Turner et Coriat (1) que le liquide cérébro-spinal devient acide peu de temps après la mort, et qu'il se forme une quantité d'acides d'autant plus grande que le temps écoulé entre la mort et la soustraction du liquide est plus long. Cet acide est l'acide lactique de fermentation, optiquement inactif.

En ce qui concerne la deuxième question, celle des effets de l'injection intraveineuse d'acide lactique, j'ai fait les expériences suivantes :

Par voie intraveineuse il fut injecté à trois chiens 1 gramme à 1 gr. 5 de lactate neutre de soude par kilogramme d'animal, en solution de 10 à 15 p. 100 (en tout 76-240 centimètres cubes).

---

(1) Isador H. Coriat. A contribution to the chemistry of nerve degeneration in general paralysis and other mental disorders. *Americ. Journ. of Insanity*, vol. LIX, 1903; et : The chemical findings in the cerebro-spinal fluid and central nervous system in various mental diseases. *Ibid.*, LX, 1904.

Chez un seul des deux chiens auxquels il avait été injecté 1 gr. 5 par kilogramme, il y eut un quart d'heure après l'injection des vomissements ; mais tout malaise fut vite dissipé.

Malgré la quantité énorme d'acide lactique introduite dans le sang (celui-ci renfermait 1 à 1 gr. 50 p. 100 de lactate de soude), on n'observa, si on excepte un peu de somnolence, aucun symptôme frappant. Pas de traces de convulsions. Les animaux étaient dispos.

Dans le sang, l'acide lactique se transforme très rapidement en acide carbonique et en eau ; les urines prennent alors une réaction alcaline très marquée et deviennent effervescentes par l'addition d'acides.

Voici donc comment les choses se passent : par suite de l'intensité des contractions musculaires, soit dans l'éclampsie, soit dans l'épilepsie, soit dans d'autres états convulsifs, il se forme dans les muscles de l'acide sarcolactique qui, versé dans le sang, est en partie rapidement oxydé, et dont une petite portion seulement passe à l'état naturel dans l'urine.

Il faut rapporter ici une épreuve intéressante de Pugh (1), qui constata immédiatement avant l'attaque une diminution subite et marquée de l'alcalinité. Une *seconde* diminution de l'alcalinité a lieu trois à dix minutes après l'attaque. *Cette diminution de l'alcalinité après les attaques est attribuée par Pugh aux acides sarcolactique et carbolique* formés dans les muscles. Dans les intervalles des paroxysmes, l'alcalinité est également inférieure à la moyenne constatée dans les observations de contrôle.

D'autre part on a signalé la présence de l'acide lactique dans *l'urine des épileptiques*, immédiatement après l'attaque (Araki, Inoye et Saiki) ; la même cons-

(1) A. Pugh. On certain Blood changes in idiopathic Epilepsy. *Brain*, 1905, p. 501.

©BIUM

tatation a été faite à la suite *d'efforts musculaires prolongés* (Spiro, Colosanti et Moscatelli), ainsi qu'à la suite de douleurs vives et prolongées d'enfantement (Vicarelli).

En dehors des maladies mentionnées, qui évoluent avec des troubles respiratoires, et, d'une façon générale, en dehors des états provoqués par le *manque d'oxygène* (Araki, Terray), on a trouvé l'acide lactique dans l'urine, dans *l'atrophie jaune aiguë du foie* (Schultzer et Riess), et dans *l'anémie grave* (F. Hoppe-Seyler), états qui n'ont rien de commun avec les crises convulsives ; de même que dans toute une série *d'intoxications* (phosphore, arsenic, oxyde de carbone, acide cyanhydrique, nitrite d'amyle, curare, strychnine, morphine, vératrine, cocaïne).

Je ferai remarquer encore que dans les cas avancés de cancer stomacal il se forme exclusivement de l'acide lactique, qui certainement est résorbé en grande partie sans que d'ailleurs il se produise d'accidents convulsifs.

L'inoffensif acide lactique ne saurait donc provoquer de convulsions ; il n'a dans l'éclampsie des femmes enceintes aucune action pathogène, mais constitue un phénomène secondaire : il est le produit des contractions musculaires.

A mes expériences sur les animaux, expériences faites avec *l'acide lactique ordinaire de fermentation* qui est plus facile à obtenir, on pourrait objecter que je n'ai pas opéré avec l'*acide sarcolactique*. A cela je répondrai que l'acide sarcolactique et l'acide lactique de fermentation sont identiques quant à leur constitution chimique, car tous les deux sont des acides éthyllydène-lactiques (α-oxypropioniques, CH^3, CH (OH) COOH) avec cette différence que l'acide sarcolactique *dévie à droite le plan de la lumière polarisée*, tandis que l'acide lactique de fermentation *est optiquement inactif*. Cela

provient de ce qu'il est composé de parties égales d'acide lactique droit et d'acide lactique gauche. On peut d'ailleurs séparer ces deux éléments en les transformant en leurs sels de strychnine, puisque, moins soluble, le lactate gauche de strychnine cristallise d'abord.

Il y a donc là une isomérie *physique* comme celle de l'*acide tartrique droit* et de l'*acide tartrique gauche*, et celle de l'*acide paratartrique optiquement inactif* qui est un composé des deux autres ; comme celle encore du *sucre de raisin* (dextrose) et du *sucre de fruit* (lévulose).

Toutes ces substances qui présentent de légères différences dans la cristallisation, dans la solubilité, dans la quantité d'eau de cristallisation, etc., se comportent au point de vue physiologique d'une manière identique. On sait que la lévulose un peu plus facilement oxydable est un peu mieux transformée par les diabétiques; que si l'on veut soutenir que l'acide sarcolactique est convulsivant, il faut admettre cette conclusion surprenante, que l'autre composant de l'acide lactique de fermentation a une action sédative compensatrice.

Notons encore qu'il peut se présenter dans le sang deux autres acides voisins de l'acide lactique sans qu'il en résulte la moindre convulsion ; ce sont l'*acide diacétique* qui se forme dans les cas graves de diabète, et l'*acide oxybutyrique* qui est l'homologue le plus proche de l'acide lactique. Ce sont ces acides qui causent le coma diabétique et, dans des cas de ce genre, Magnus-Lévy a trouvé dans les excrétions 150 à 180 grammes d'acide oxybutyrique. Ces acides aussi sont inoffensifs par eux-mêmes, et peuvent sans danger être introduits dans l'organisme de l'homme sain ; leur action délétère dans le diabète tient à leur caractère d'acide (acidosis), en vertu duquel ils soustraient à l'organisme ses alcalis, aussi bien ceux qui sont fixes que ceux qu'ils

©BIUM

enlèvent en forme d'ammoniaque provenant de l'albumine.

En ce qui concerne les sels minéraux de l'organisme (chlorhydrates, phosphates, sulfates, carbonates), ils n'entrent pas en cause à l'état de combinaisons indifférentes (de sodium).

Les expériences qui ont été rapportées ci-dessus démontrent par conséquent que dans la production de l'attaque d'épilepsie, les acides (urique, lactique, acétique, oxybutyrique et minéraux) n'entrent pas en cause, mais que le rôle de convulsivant est tenu par l'ammoniaque et les bases ammoniacales organiques, telles que la triméthylamine, la choline, la créatinine, et éventuellement la guanidine.

Avec ces recherches *chimiques* relatives à l'attaque convulsive dans l'épilepsie idiopathique, je tiens à mentionner une cause de nature *mécanique* signalée récemment par Turner (1). Cet auteur a relevé dans beaucoup de cerveaux d'épileptiques des lésions des cellules nerveuses et des vaisseaux. Les cellules nerveuses sont en partie incomplètement développées, en partie fortement altérées. Les altérations ressemblent à celles qu'on obtient chez le chien par la ligature des artères cérébrales.

D'autre part, on trouve chez les épileptiques d'un âge avancé beaucoup de cellules nerveuses sous-corticales semblables à celles qu'on ne trouve en général que dans les cerveaux des jeunes sujets. Dans les vaisseaux, on constate de nombreux thrombocytes, ainsi que des caillots intra-vasculaires auxquels elles donnent naissance. Ces caillots provoqueraient d'autre part de petites hémorragies dans l'écorce cérébrale. C'est dans

(1) John Turner. The Pathology of Epilepsy. *Brit. med. Journ.*, March 3, 1906.

ces cellules nerveuses incomplètement développées et probablement instables d'une part, et dans la stase sanguine provoquée par les coagulations intravasculaires d'autre part, que Turner voit la cause de l'attaque d'épilepsie.

Il conviendrait, en ce qui concerne les thrombocytes qui seraient le point de départ des caillots intravasculaires et des petites hémorragies corticales, de bien établir que c'est une manifestation primaire *in vivo*. *A mon avis, il n'y a, là encore, qu'un phénomène secondaire dû à l'énorme augmentation de la pression sanguine pendant l'attaque d'épilepsie*. On ne voit pas pourquoi les *hémorragies* signalées par Turner auraient une autre origine que les extravasations de sang si fréquentes dans la conjonctive, dans la peau à la figure, derrière l'oreille, au cou et à la poitrine, dans la muqueuse nasale, bronchique, intestinale et vaginale, ou que les hémorragies punctiformes du plancher du 4me ventricule qu'on constate après la mort survenue dans l'état épileptique. Si de petites ruptures vasculaires peuvent se produire dans le tissu serré de la peau, *a fortiori* cela doit-il arriver dans un tissu cérébral mou qui offre aux capillaires une protection extérieure bien moindre.

Je n'en dirai pas autant de la signification de la *lésion des cellules*, signalée par Turner. Ces cellules nerveuses, incomplètement et défectueusement développées sur un fond morbide, doivent certainement opposer une puissance de résistance amoindrie à l'irritation exercée sur elles par certains produits (basiques) des échanges organiques.

©BIUM

ENCORE LA QUESTION

DE

LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr SOUTZO fils,

Privat docent et chef de clinique des maladies mentales,
Médecin assistant de l'hospice de l'Etat " Marcoutza "

Suite (1).

A son tour, c'est le problème de la démence, de l'affaiblissement psychique propre au groupe en question, problème constituant un des points les plus discutés des travaux des adversaires, que nous devons examiner ici avec plus de détails et analyser sous tous ses aspects.

La démence précoce de Kraepelin est, suivant M. Serbsky, une « démence sans démence », une « démence secondaire, » (2) et, suivant M. Marandon de Montyel et M. Pitres, une « pseudo-démence », une « confusion mentale » ou encore plus précisément elle est « une fin morbide, la phase de chronicité de toute confusion mentale aiguë non guérie, particulièrement des confusions nées à l'époque du développement (3) ».

Ces deux affirmations se montrent, comme on voit, assez catégoriques. Si l'argumentation en leur faveur apparaît tout aussi péremptoire et solidement basée, alors certainement tout effort de contestation, de notre

---

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1907.
(2) Serbsky, *loc. cit.*, p. 27 et 28.
(3) Marandon de Montyel, *loc. cit.*, p. 8, premier article.

part, n'aboutira qu'à un résultat négatif. Mais c'est ce qu'il reste à constater.

Voyons en première ligne ce qu'il en est de cette « démence sans démence » dont parle M. Serbsky et le raisonnement à l'appui duquel l'éminent clinicien de Moscou conclut dans ce sens.

L'existence de la « démence sans démence » se laisserait concevoir, d'après l'auteur russe, des dires mêmes de Kraepelin, puisque celui-ci parle dans son « Introduction » (leçons cliniques plutôt) d'une « possibilité de guérison complète et stable telle que la science rigoureuse la comprend, possibilité qui, bien qu'encore douteuse à l'heure qu'il est, ne peut plus être rejetée »; tandis qu'autre part le même auteur considère la démence précoce comme un état de démence (*Verblödungsprozesstand*). Par suite l'auteur allemand, « en soutenant que la démence précoce est loin de se terminer toujours par un état de démence, se contredit d'une façon peu concevable » et, suivant M. Serbsky, « on ne saurait manquer de souligner cette curieuse contradiction en fait de logique qui veut qu'un groupe pathologique dont le trait fondamental *unique* consisterait dans le passage à la démence se terminerait cependant favorablement dans une assez grande série de cas ».

Avec cette dernière affirmation surtout, l'auteur russe croit avoir réussi à démontrer « la démence sans démence ».

Mais en est-il ainsi? S'agit-il vraiment d'une logique si contradictoire dans les dires du maître allemand? Nous nous empressons dès à présent de répondre négativement. Et voilà nos raisons.

D'abord, en ce qui concerne la déclaration formelle relative au « trait fondamental unique du groupe pathologique », que l'auteur russe prétend avoir trouvé dans l'œuvre même du maître allemand (malheureusement il

©BIUM

ne nous indique pas la page), celle-ci n'existe nullement en réalité et ne se laisse point constater dans ses descriptions. Et pour que notre affirmation paraisse légitime nous n'avons qu'à reproduire tout simplement, sans autres commentaires, les propositions même de Kraepelin contenues dans son remarquable traité clinique.

Voici ce qu'il dit au commencement même du chapitre qui traite de la démence précoce : « Sous le nom de démence précoce, qu'il nous soit permis de rassembler (concevoir) dans un tout, provisoirement, une série de tableaux morbides dont le trait (la caractéristique) commun forme la terminaison dans des états d'affaiblissement spéciaux. Il semble, quoique cette issue défavorable ne doive pas survenir sans exception, qu'elle est cependant extrêmement fréquente à ce point même que, jusqu'à une ultérieure élucidation de la question qui demande ici impatiemment sa solution, nous voudrions maintenir la dénomination usitée (1). »

Il nous semble que rien de plus clair et de plus concis que ces phrases ne pourrait exprimer les manières de voir du maître allemand, manières de voir fondamentales qu'il essaie de développer dans les descriptions ultérieures avec beaucoup de sens clinique sans les défigurer et sans se contredire.

Voit-on dans les paroles ci-reproduites quelque affirmation catégorique sur « un trait fondamental unique pour le groupe pathologique » dont parle M. Serbsky? On peut facilement se convaincre qu'il n'y a rien d'*unique* pour le groupe en question. Suivant le maître allemand, il y a simplement une particularité (trait) commune (*gemeinsame Eigentümlichkeit*) : c'est la terminaison, l'issue des tableaux cliniques, terminaison se trahissant

(1) Kraepelin, *Traité*, 7e édit. 1904, t. II., p. 176.

par des états d'affaiblissement psychique qui sont caractéristiques pour ces tableaux. En même temps cette issue est extrêmement fréquente et par conséquent, à cause même de cette fréquence, on comprend de soi-même qu'il y a aussi des exceptions. Ce sont ces exceptions, guérisons apparentes ou mieux rémissions, qui justifient en quelque sorte la défectuosité de la dénomination et partant le maintien de celle-là comme étant tout simplement la plus usitée.

Enfin, M. Serbsky, au même endroit de son travail, discute la question de la « démence secondaire », cette étiquette d'occasion, commode mais bien défectueuse, qu'on applique aux tableaux cliniques les plus disparates.

Nous n'en parlerons point, puisque Kraepelin n'en parle pas non plus et ne veut rien savoir d'elle — chose naturelle — du moment qu'il fut amplement démontré qu'elle n'a aucune signification scientifique et aucune relation avec les principes fondamentaux qu'énonce l'auteur allemand.

Avec ces quelques arguments, nous croyons avoir démontré la réelle valeur des affirmations de M. Serbsky ; la fameuse contradiction n'existe plus.

Occupons-nous à présent de ces exceptions, guérisons et rémissions. Mais avant d'exposer les vues de notre maître, il nous semble bon de relater à cet égard les appréciations des adversaires.

M. Serbsky reproduit du traité classique de Kraepelin la statistique relative à la démence précoce, et il y trouve mentionné que « 8 p. 100 de cas de forme hébéphrénique, et 13 p. 100 de cas de forme catatonique *peuvent être considérés* comme ayant abouti à la guérison, toute réserve faite cependant qu'il avait bien pu s'agir dans ces cas de longues rémissions ou bien d'une guérison avec lacune, pourtant si insignifiante qu'elle passât ina-

©BIUM

perçue aux yeux de l'entourage (1) ». Et de ce fait, que Kraepelin admet en total vingt et un cas de « guérisons avec lacune », l'aliéniste de Moscou conclut d'emblée que la démence précoce allemande est une « démence sans démence », sans qu'il tienne compte cependant dans cette assertion de quelques réflexions bien judicieuses du maître allemand, réflexions qui touchent justement ce genre de guérisons et qui, comme nous le verrons, ont un énorme intérêt scientifique, parce que ce sont elles qui nous donnent la clef et nous permettent de comprendre ce côté plus nébuleux, et le plus original en même temps, de la doctrine sur la démence précoce. Suivant nous, au contraire, M. Serbsky ne devait dans aucun cas passer sous silence ce point de réserve, accentué expressément par le psychiatre allemand, — « *guérison avec lacune pourtant si insignifiante qu'elle passe inaperçue aux yeux de l'entourage* », — et cela tout simplement dans l'intention de parvenir à démontrer la proposition qu'il s'était formulée préalablement ; de même, il ne lui était pas non plus permis d'ignorer les considérations si clairement exposées dans le travail concernant encore les exceptions du groupe pathologique, dénaturant ainsi les vues légitimes du maître allemand, afin de pouvoir réussir à relever la prétendue « *contradiction en fait de logique* » et qu'il appelle « *peu concevable* ».

Soumises à une critique mieux fondée et plus impartiale, on peut facilement concevoir ce qu'il reste de pareilles allégations. Toute autre argumentation devient par conséquent superflue.

D'autre part, M. Marandon de Montyel pour démontrer une semblable proposition, à savoir que la démence de la démence précoce allemande n'existe point

(1) Citation d'après M. Serbsky. *Ann. méd. psych.*, janvier, 1904, p. 28.

et cela par le fait que Kraepelin même admet des guérisons, se sert d'une série d'arguments bien faibles, et surtout de calculs tout à fait erronés et abstraits.

En effet, à la suite de calculs qui lui sont propres, il arrive à affirmer qu'il y a 65 p. 100 de cas, c'est-à-dire « deux tiers de déments précoces allemands qui reviennent en état de quitter l'asile et d'aller reprendre leurs occupations au dehors ». Mais en réalité, en est-il ainsi? Il nous reste à voir sa manière de calculer. La voici :

Tout d'abord, il compte les vingt et un cas de déments précoces, considérés avec quelque réserve comme des guérisons par l'auteur de Munich, et que M. Marandon de Montyel enregistre comme des guérisons complètes, au dire même de Kraepelin (!). Ensuite, à ces cas, il ajoute ceux donnés par M. Masselon, et dont le nombre s'élève à 17 p. 100 de cas qui appartiennent à la forme hébéphrénique et 27 p. 100 à la forme catatonique ; tous, au dire même de M. Masselon, ne se terminent pas par la démence profonde, mais seulement par un simple état de faiblesse psychique compatible avec la vie au dehors. Et puisqu'ils ne se terminent pas par une démence profonde, M. Marandon de Montyel croit bon de les envisager comme des guérisons complètes. L'ensemble de ces cas additionnés — 21 p. 100 de Kraepelin et 44 p. 100 de M. Masselon — donne le chiffre de 65 p. 100, chiffre que l'aliéniste de Ville-Evrard rapporte à 100. La grosse erreur devient facilement saisissable dans un pareil calcul, dont la cause nous reste vraiment incompréhensible. On voit que les 65 cas ne peuvent nullement être rapportés à 100 mais à 200.

Si l'auteur avait voulu compléter sa statistique, il n'aurait eu qu'à ajouter au nombre 65, qui marque les guérisons, ceux compris dans d'autres statistiques, de MM. Aschaffenburg, Deny, Sérieux, Masoin, etc., etc., additionner le tout, et finalement faire la proportion

©BIUM

à 100. Il aurait obtenu 100 cas p. 100, 200 p. 100 et voire même 300 p. 100 de guérisons dans la démence précoce!

Personne ne peut nier que tout autre fut le procédé de calcul du psychiatre français. Ce procédé fut d'ailleurs remarqué récemment par un auteur français anonyme qui, bien qu'il paraisse être absolument partisan des critiques de M. Marandon de Montyel, n'a pu laisser passer sous silence cette erreur frappante. Voilà ce qu'il dit à ce propos dans une note concernant le travail de M. Marandon de Montyel : « Sur ce point (des guérisons et rémissions durables), je ne sais si M. Marandon de Montyel n'a pas été dupe d'un sophisme subconscient quand, signalant la proportion de guérisons ou rémissions de Kraepelin, 21 p. 100, et celle de M. Masselon, 44 p. 100, il en conclut que cela fait 65 p. 100. Cela ne peut faire, si on effectue la fusion, que 65 p. 200, soit 32,05 p. 100. » Ces remarques si judicieuses se passent de tout commentaire.

Mais voyons aussi comment Kraepelin comprend les guérisons qu'il admet. Sur ce point il nous semble nécessaire d'insister plus longuement.

Le clinicien allemand admet, pour tous les cas appartenant à la forme hébéphrénique, trois modalités de terminaison : dans 75 p. 100 l'affaiblissement psychique atteint le plus haut degré ; dans 17 p. 100 il est moyen, et dans le reste, de 8 p. 100, les signes de l'affection hébéphrénique se perdent si complètement que « peut-être nous sommes autorisés à parler de guérisons », dit Kraepelin. — Et les considérations qui accompagnent ce dernier mode de terminaison sont des plus intéressantes et lumineuses. « Il est à remarquer, en même temps — dit notre maître — que de légères atteintes de la vie psychique, certainement, demeurent assez souvent non observées, et cela d'autant plus que le trouble

©BIUM

réside d'habitude dans le domaine sentimental, et par cela la capacité de travail est relativement peu diminuée ». Et plus bas il ajoute : « Nous devons admettre, comme je le crois, que le naufrage (la ruine) psychique, amené par la démence précoce, reste souvent inconnu, et cela parce que les malades, à la suite du naufrage, ont sauvé encore quelque capacité (aptitude) de travail qui leur permet de faire face, au milieu d'un cercle d'activité modeste, à la lutte pour l'existence.....

. . . . . .

. . . . . .

« Aussi, c'est ici que doivent appartenir ces écoliers assidus, voire même bien doués, qui, au début, promettent énormément, et qui plus tard, malgré leur sincérité et leurs efforts, ne parviennent à atteindre, au grand étonnement de leurs éducateurs, que seulement à la suite d'un travail des plus pénibles, à ce que les autres camarades plus faibles accomplissent en s'amusant.....

. . . . . .

. . . . . .

« Le professeur supérieur trouve plus tard une place dans une école secondaire ; l'avocat en vogue devient l'aide d'un confrère ; le maître mécanicien habile devient un simple apprenti. Chez d'autres, les troubles sont plus apparents. Ils s'occupent d'études difficiles et qui ne sont point de leur ressort ; ils ne progressent pas avec leur profession, ne sont plus à même de passer des examens, effectuent toute chose de travers. Le cercle des connaissances se rétrécit, les liaisons sentimentales avec le monde extérieur se réduisent. Petit à petit l'intérêt pour les occupations personnelles se perd aussi ; ils tournent dans des cercles de pensées acquises déjà depuis longtemps et stéréotypées, et finalement ils s'adonnent à un métier simple, mécanique : copistes,

©BIUM

coupeurs de bois, métiers contrastant avec les projets et espoirs conçus antérieurement. »

Pour la seconde forme, catatonique, l'auteur allemand reconnaît quatre espèces d'issues. Dans 59 p. 100, il y a la démence profonde (*Blödsinn*) ; dans 27 p. 100, la démence n'atteint pas le dernier degré : ce sont des rémissions avec les signes de la maladie, les malades étant en état de reprendre, une fois chez eux, leurs occupations. C'est ici que se placent spécialement les cas à marche périodique. Ensuite dans presque 43 p. 100 on rencontre le plus léger degré d'affaiblissement ; ces cas se confondent insensiblement avec ceux que l'auteur considère comme guéris. Eclairons un peu ces deux dernières variétés de terminaison.

Par rapport au 13 p. 100 de cas voici ce que Kraepelin dit : « Chez ceux-ci tous les troubles morbides disparaissent si complètement que les guéris accomplissent de nouveau leur profession comme antérieurement. Cependant on ne doit pas omettre de dire que dans quelques-uns de ces cas se laissent observer encore de légers restes de la maladie antérieure : une interprétation curieuse et obscure des troubles présentés durant leur maladie, des secousses dans la musculature de la face, grimaces, nature tacite, mouvements forcés, traces de catalepsie. Ici présente un grand intérêt le fait que la durée de la guérison a été établie pour quelques années seulement ; et cependant nous savons que dans la catatonie, même après une dizaine et deux dizaines d'années, peuvent survenir des rechutes graves conduisant à la longue à une démence profonde. » Kraepelin, précisément, a vu parmi ces catatoniques considérés comme guéris des cas tombant de nouveau malades. Par conséquent nous devons considérer encore non tranchée pour le moment la question de savoir combien des guérisons citées doivent être envisagées

comme telles dans le sens strict et par rapport à la durée ; le temps trop court ne permet pas à Kraepelin de se prononcer définitivement. Dans 20 p. 100 de ces cas il se peut que ces rémissions soient d'une plus longue durée, de façon qu'elles ressemblent aux guérisons. Il est certain que presque toujours il reste encore chez les malades quelques particularités indiquant justement qu'il ne s'agit pas de vraies guérisons.

Enfin Kraepelin à la fin de son chapitre sur la démence précoce, à l'occasion de quelques considérations se rapportant à la classification des terminaisons de l'ensemble des cas du groupe pathologique, résume ainsi sa manière de voir : « Certainement, dit-il, que pour les cas vraiment et définitivement guéris, la question sera posée si à leur base existait le même processus pathologique que chez le reste. Néanmoins il sera d'une haute importance pratique de reconnaître de pareils cas dès le commencement comme tels. » Donc une visible réserve pour les cas définitivement guéris et en même temps l'accentuation de l'importance des guérisons vraies et définitives spécialement *au point de vue pratique*. Nous reviendrons encore bientôt sur ces faits.

Telles sont, en traits généraux, les dernières manières de voir — jusqu'à présent — du maître de Munich, relatives à quelques modes de terminaison que prennent une série de cas appartenant aux deux principales formes du groupe de la démence précoce. Comme on voit, le problème des guérisons n'a pas encore trouvé sa dernière solution.

En tout cas, les *vraies guérisons*, envisagées strictement au point de vue scientifique, prennent une signification spéciale pour le psychiatre allemand. Si jusqu'ici, il y a quelque temps, elles étaient pour lui non totalement exclues, quoique douteuses, aujourd'hui, par suite d'une plus longue expérience, il se montre envers

©BIUM

celles-là plus sceptique, avec une tendance visible à les rejeter de plus en plus et dans un avenir prochain à y renoncer totalement peut-être. En tout cas, en attendant, il se garde de se prononcer d'une façon définitive.

En échange les guérisons envisagées au point de vue *pratique*, ainsi que les longues et durables rémissions, sont catégoriquement admises par l'auteur allemand ; les vingt et un cas dont nous avons parlé plus haut en font partie. Chez ces derniers, à la suite de l'amendement et de la cessation des troubles plus ou moins alarmants et manifestes, alors que le malade redevient lucide et gagne un certain degré de discernement sur sa maladie antérieure, on constate presque toujours quelques signes plus ou moins apparents qui traduisent justement l'atteinte effective de la vie psychique. C'est l'affaiblissement intellectuel, reliquat définitif et permanent du processus morbide existant à la base. Cet affaiblissement peut se manifester sous de multiples et variables couleurs et divers degrés d'intensité ; mais quelque léger qu'il soit et qu'il puisse même permettre au malade de se conduire en société, parlant scientifiquement il existe en réalité et il est en état d'être décelé dans la majorité des cas. L'écolier assidu qui baisse à la suite de sa maladie au point de ne pouvoir plus parvenir qu'à grand'peine à la fin de son instruction, l'étudiant ès lettres spécialement doué qui revient une fois guéri un simple copiste, ne sont que des preuves des plus éloquentes à l'appui de ces affirmations. Ici on constate manifestement le déficit intellectuel et malgré ce déficit les malades restent encore adaptables à la vie au dehors, ils sont des *guéris au point de vue social*.

Mais ce degré d'affaiblissement psychique, s'il se montre encore d'une façon marquante et peut être décelable alors qu'il atteint de préférence la sphère

©BIUM

intellectuelle, l'intelligence, il n'en est plus de même dès qu'il semble prédominer — non uniquement — dans les domaines de la vie volitive, morale et affective. Dans ces cas il devient énormément difficile de constater objectivement le déficit, plutôt électif. Et cette difficulté est facilement concevable, par suite de l'absence d'un critérium, d'un fil conducteur, nous permettant d'une manière constante de connaître et d'apprécier les plus légères déviations et atteintes, bien variables en même temps, des domaines en question, surtout de celui de la vie sentimentale.

Mais, quoi qu'il en soit, cette prédominance existe en réalité ; la preuve nous est fournie journellement par l'étude suivie des déments précoces. Un nombre assez grand de délinquants et vagabonds ne sont que des déments précoces, à déficit léger, distribué inégalement, dominant de préférence sur la sphère volitive et morale. M. Willmans, dans ces derniers temps, a attiré l'attention sur ces faits. A la suite d'une enquête minutieuse, il constata que parmi les vagabonds (cent vingt) emprisonnés réitérativement, il y en avait soixante-six qui présentaient des troubles plus ou moins légers de démence précoce, qui avaient causé leur condamnation ; petit à petit, tous ces déments précoces sont tombés dans une démence profonde et définitive (1).

Par conséquent, il en résulte que le déficit démentiel de la démence précoce est susceptible de nombreuses variations et degrés et que, même dans les cas guéris, il est décelable pour la majorité des cas jusqu'à un certain point.

Quand nous parlons de la démence, c'est-à-dire de la perte, de l'abolition des facultés mentales, nous ne

(1) Willmans. Vagabondage et démence précoce. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1903.

©BIUM

comprenons point par cela que cette perte, cette abolition soit unique et la même comme forme, nuance, degré et distribution. La condition première et essentielle est que cette perte soit permanente, définitive et durable et non une simple suspension, inhibition temporaire. Tous les aliénistes sont d'accord sur ce point. La grosse difficulté réside principalement à constater au point de vue objectif, par des signes constants, le déficit même le plus léger, et surtout quand il se trouve inégalement réparti aux domaines intellectuel, moral et affectif.

La question de la démence, de l'affaiblissement psychique, entre dans une nouvelle phase et s'éclaire d'un jour nouveau depuis que les recherches entreprises dans cette direction, surtout à l'occasion de l'étude du groupe de la démence précoce, ont découvert toute une série de points erronés et, de plus, surtout l'abus qu'on faisait de cette dénomination. Il s'agit de démontrer que la démence n'est pas un bloc indivisible et inattaquable qui doit être gardé tel qu'il est, et pour le simple motif qu'il nous a été laissé à titre d'héritage par nos devanciers, Pinel, Esquirol et autres. L'attaque de ce bloc fut donnée surtout par Kraepelin dès qu'il soumit à un contrôle les connaissances légnées sur la démence, mais surtout dès qu'il entreprit les premiers travaux de sa doctrine sur la démence précoce. D'autres l'ont suivi. C'est le professeur Tuczek, de Marbourg, qui s'occupa tout spécialement de cette question dans un des congrès allemands, l'analysant sous toutes ses faces et surtout au point de vue de la pathologie générale. Il releva, entre autres, la possibilité d'une répartition inégale du déficit, ce qui est presque la règle en cas de démence acquise; de même il montra les difficultés qui surgissent quand on veut essayer d'établir d'une façon précise ce déficit démentiel envisagé en général. Sans insister davantage, nous renvoyons le lecteur à consulter cet

intéressant travail d'ensemble de l'aliéniste allemand (1).

Mais il nous reste encore à répondre à une dernière question qu'on pourra nous poser, très naturelle d'ailleurs : L'affaiblissement psychique des déments précoces, qui ne manquerait jamais scientifiquement, devient-il explicable et trouve-t-il sa sanction de la part de l'histo-pathologie? Nous répondrons brièvement à ce sujet.

Les découvertes, surtout microscopiques, quoique pour le moment en petit nombre et peut-être vagues et grossières, ont cependant dans leur ensemble une signification relative suffisante pour permettre quelques larges et sommaires réflexions en partie concluantes jusqu'à un certain point.

Des anatomo-pathologistes, vrais maîtres, comme Nissl, Alzheimer et d'autres, pour lesquels le problème apparaît des plus difficiles, sont parvenus à découvrir dans la couche corticale des déments précoces des lésions plus ou moins saisissables et assez graves surtout du côté des éléments nerveux, auxquelles correspondraient les troubles caractéristiques propres au groupe pathologique. Ces lésions seraient dans la majorité des cas progressives, pouvant, dans un certain nombre d'autres, rétrocéder dans une certaine mesure, mais sans disparaître au point de ne plus laisser aucune trace ; de plus, elles auraient une autre particularité, celle d'être électives. C'est tout ce que l'on connaît de positif et de bien établi en fait de données histologiques sur la démence précoce ; le reste se montre encore voilé et conjectural.

Donc, la progressivité d'une part et la rétrocession jusqu'à un certain point d'une autre sont les caracté-

(1) Tuczek. Ueber die Demenz. *Monatsschrift f. Neur. und Psych.*, 1904.

©BIUM

ristiques du processus anatomique de la démence précoce. Par ce côté, il ressemblerait à celui de la paralysie générale, mais avec cette grosse différence que, tandis que dans cette dernière affection les découvertes abondent et se montrent assez positives, dans la démence précoce, au contraire, elles apparaissent rares et incertaines, simples enregistrements microscopiques ne présentant aucune possibilité d'interprétation scientifique.

Et alors même qu'on aurait un immense matériel et qu'on ferait de nombreuses découvertes en matière d'anatomie pathologique de la démence précoce, pourrait-on croire qu'on sera à même d'expliquer par celles-ci les troubles cliniques et la nature du processus, ou mieux qu'on pourra rapporter les symptômes aux lésions? Cela nous semble bien difficile, spécialement pour le groupe en question, sur lequel nos connaissances générales d'histologie et d'histo-pathologie fine du cerveau, ainsi que nos moyens techniques de recherches, se montrent de nos jours trop grossiers et en trop petit nombre.

(*A suivre.*)

Thérapeutique.

DE L'HYDROTHÉRAPIE DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

DES BAINS D'ASPERSION

Par le Dr R. CHARON
Médecin-Directeur de l'asile de Dury (Somme).

Au cours de la discussion qui s'est engagée devant le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1905, sur la question « Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales », Bourneville exprimait le vœu que les médecins des asiles de France, comme ceux de l'étranger, usent largement de l'hydrothérapie, et qu'ils donnent, dans leurs rapports annuels, la statistique des bains et douches administrés dans leurs établissements. Il déplorait que, cinquante ans après les travaux de Fleury, et malgré les efforts de ses continuateurs, l'hydrothérapie fût encore à l'enfance, et qu'il n'existât dans notre pays ni une véritable clinique hydrothérapique, ni un personnel éduqué pour l'appliquer.

Régis proposait que les applications principales de la psychiatrie, hydrothérapie, électrothérapie, sérothé-

©BIUM

rapie, massage et gavage, fissent partie du programme du concours de l'adjuvat, et M. l'inspecteur général Drouineau, répondant à cette proposition, faisait justement remarquer que, dans les asiles d'aliénés, on peut voir des appareils compliqués et coûteux se détériorer faute d'emploi, tandis qu'il y manque le nécessaire pour assurer la propreté des malades.

En effet, qu'elles soient anciennes ou récentes, rudimentaires ou considérables, les installations hydrothérapiques des asiles d'aliénés manquent généralement de la qualité sans laquelle les autres ne sont rien : elles sont inadaptées à leur but. Elles ne sont ni des outils médicaux, ni des instruments hygiéniques. Et, s'il en est ainsi, ce ne peut être que, parce que, trop souvent et pour des causes diverses, les médecins d'asiles sont restés étrangers à l'étude, à la recherche, à la mise en œuvre de tout ce qui intéresse les organisations hospitalières, hydrothérapiques et autres.

Le manque de collaboration entre le médecin, l'architecte et le constructeur, déjà fâcheux dans les hôpitaux ordinaires, est funeste dans les établissements d'aliénés, qui sont autre chose que des lieux de traitement temporaire pour des malades conscients et libres, qui sont de véritables milieux sociaux, dont la vie, anormale dans tous ses modes et dans tous ses moments, doit être soumise à des règles d'une complexité spéciale. Dans l'asile d'aliénés, tous les organismes, les organismes hydrothérapiques en particulier, doivent, pour être utilisables et efficaces, répondre à des conditions de commodité, de simplicité et de sécurité dont la réalisation ne peut résulter que de l'action directe et continue de l'aliéniste. Et, quelque excessive qu'ait paru sa proposition, Régis nous semble avoir raison quand il demande que l'étude de la science hydrothérapique soit imposée aux jeunes spécialistes. Nous

©BIUM

entendons, non pas seulement l'étude de la technique médicale, mais aussi l'étude de la mécanique, de l'architecture et de l'économie hydrothérapiques.

Mais, dans la pratique, cette étude ne peut être intéressante et fructueuse que pour celui qui possède à la fois la compétence et les moyens de l'appliquer. Ce n'est pas à l'administrateur, qui n'est pas aliéniste et qui ignore les besoins de l'aliéné, ni à l'aliéniste, qui n'est pas administrateur et qui reste éloigné des questions d'économie administrative, qu'il faut demander le progrès de la technique des asiles ; c'est à l'aliéniste-administrateur, chef responsable à la fois du service médical et du service économique.

A cette heure où s'agite la question grave de la réorganisation de l'assistance des aliénés, où se discutent, entre autres choses, les avantages et les inconvénients de la réunion des fonctions médicales et administratives dans les asiles, on nous répète à satiété qu'après avoir été, il y a cinquante ans, à la tête du monde civilisé en matière d'assistance des aliénés, nous sommes aujourd'hui dans un état d'infériorité humiliant. Pour nous montrer de quelle distance nous sommes dépassés par l'étranger, on nous décrit par le menu toutes les transformations, toutes les créations opérées depuis quinze ans dans les pays qui nous entourent, particulièrement en Allemagne. Il y a quelque chose de plus salutaire que de connaître son mal, c'est de reconnaître la cause de son mal. Pourquoi ignore-t-on ou feint-on d'ignorer que le mouvement de progrès, qui s'est produit chez nous il y a un demi-siècle, a été l'œuvre d'aliénistes savants qui furent aussi des administrateurs distingués? Pourquoi ignore-t-on ou feint-on d'ignorer que ces créations et ces transformations vraiment merveilleuses de l'Allemagne sont également l'œuvre d'aliénistes qui sont des directeurs habiles? Il se dégage pourtant de

©BIUM

ces simples faits un enseignement, autrement propre à édifier le législateur et à éclairer l'opinion publique que la verve superficielle de quelques bruyants spécialistes, les chiffres contradictoires de deux ou trois statisticiens tendancieux, ou l'exemple même de quelques cas malheureux dans la réunion des fonctions médicales et administratives.

En vérité, qu'il s'agisse d'hydrothérapie ou de toute autre partie de la pratique hospitalière des aliénés, si nous sommes en effet en retard de cinquante ans sur les pays voisins, c'est parce que ceux-ci ont suivi la route qui avait été tracée par nos anciens maîtres, et que nous l'avons abandonnée. Nous avions déjà la réputation d'ignorer la géographie ; est-ce qu'aujourd'hui nous allons mériter le reproche de ne pas apprendre l'histoire ?

*
* *

Revenons à l'hydrothérapie. Certains asiles d'aliénés sont encore pourvus d'installations qui n'ont d'hydrothérapique que le nom, dont l'insuffisance et l'incommodité sont vraiment lamentables. Leur usage est illusoire, et on en pourrait peut-être rencontrer quelques-unes qui sont transformées en magasin de bois et charbons, pour cause d'inutilité !

Dans tels autres, au contraire, de ces grands asiles que, bien à tort, on a tendance chez nous à considérer comme des modèles, on peut admirer des marbres, des peintures, des meubles, qui sont d'un luxe troublant, des salles énormes où sur plusieurs étages se déroulent des avenues de baignoires étincelantes, des machineries qui sont des mondes, des appareils qui sont des mystères.

Et, entre ces deux extrêmes de misère et de pléthore, inutilisés ou inutilisables, on trouve la plupart des

asiles, dotés de services centraux, comprenant une ou plusieurs salles de baignoires et de bains de pieds et une salle de douches avec piscine.

Ce système, né de notre génie centralisateur, a été universel pendant un quart de siècle. On n'a pas été sans en reconnaître bientôt en France, comme à l'étranger, les inconvénients et les lacunes ; mais, tandis qu'en Allemagne, par exemple, il s'en est allé rejoindre dans l'histoire le régime des bâtiments-casernes, des hauts murs, des grillages, des galeries couvertes et du dualisme médical et administratif, en France, il s'est maintenu, cristallisé dans sa forme, et, comme aux beaux jours de sa jeunesse, il continue à régner dans les établissements les plus récents de la province... et de la Seine.

A une époque où toute organisation publique devait être fixée dans un type officiel et soumise à une symétrie rigide, où l'hydrothérapie proprement dite n'existait pas, où l'hygiène bornait son exigence au bain mensuel, ce régime était sans doute un beau progrès. Aujourd'hui que l'hydrothérapie commence à se préciser comme une méthode scientifique, que l'hygiène individuelle entrevoit le bain quotidien comme le critérium de la santé pour tous les humains, petits ou grands, pauvres ou riches, il n'est plus, malgré tout le respect qui lui est dû, qu'un anachronisme trompeur.

***

Il faut, à l'heure actuelle, séparer nettement l'hydrothérapie et l'hydrohygiène. Elles répondent à des indications distinctes, et doivent être soumises, dans leurs moyens d'application, à des conditions différentes.

L'hydrothérapie, avec le personnel spécial qu'elle exige, les instruments délicats qu'elle emploie, les

©BIUM

qualités de fonctionnement, de précision, de régularité qui lui sont nécessaires, les dépenses d'installation et d'exploitation qu'elle entraîne, ne saurait, aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue économique, s'accommoder d'un autre régime que celui de la centralisation et de l'unité.

Il en va tout autrement pour les installations hydro-hygiéniques, dont la centralisation est, à elle seule, une cause de non-utilisation, et dont les instruments, déjà inaptes à satisfaire les besoins d'une collectivité quelconque, se montrent complètement impropres à l'usage des aliénés.

Le *bain de pieds*, dans les quartiers de malades, n'est, comme le lavabo, que l'apanage de quelques rares privilégiés ; il ne compte pas. Centralisé, il est d'un fonctionnement plus difficile et plus compliqué que le bain entier ; son application collective est la cause d'un désordre qui peut s'agrémenter d'incidents comiques, mais qui, en tous cas, le rend impraticable.

La *piscine*, appareil de barbotage collectif éminemment dangereux, est condamnable au point de vue de l'hygiène la plus élémentaire....., sans parler de la morale. Elle n'est excusable qu'à la condition d'être décorative et sans emploi.

Quant à la *baignoire*, son cas est plus grave. Bien que son histoire ne soit pas sans taches, elle jouit encore d'une considération quasi universelle et il est osé d'en médire. Il faut cependant reconnaître qu'avec les exigences de l'hygiène moderne, le fait de s'immerger, pendant un temps plus ou moins long, dans quelques centaine de litres d'eau polluée par toutes sortes de desquamations, de souillures, d'excrétions, ne peut être tenu pour une pratique définitive de propreté..... Les jours de la baignoire ne sont peut-être pas encore comptés, mais le régime séculaire de l'immersion devra quand

même céder la place à la méthode triomphante de l'aspersion.

Si l'usage de la baignoire, en tant que moyen d'hygiène, est déjà critiquable dans la pratique courante, il est vraiment pernicieux dans les asiles où les aliénés, malpropres par inconscience, délire ou gâtisme, se trouvent le plus souvent immergés dans une eau sale, sinon infecte. La contrainte qu'il motive fréquemment, aussi bien que l'état de congestivité, de convulsivité et d'inconscience des malades, sont la source abondante de traumatismes, d'asphyxies, de refroidissements, d'ébouillantages, de complications psychiques et somatiques, que la meilleure surveillance est impuissante à éviter. De plus, l'éloignement et le manque de confortable et de commodité des installations privent du bénéfice du bain un grand nombre de malades qui ne sont pas transportables ou que la nature de leur maladie ne permet pas de soumettre à l'immersion.

A tous ces griefs d'ordre médical, et qui vont toujours en s'aggravant, avec l'encombrement des asiles, s'ajoutent des inconvénients économiques auxquels le médecin-directeur ne saurait rester indifférent. La complication et l'étendue des canalisations, l'imperfection des appareils et des moyens de chauffage, leur rattachement à d'autres organismes, sont des causes d'intermittences fréquentes dans le fonctionnement, de gêne pour les autres services généraux, de dépenses relativement considérables de réparation, d'exploitation. Pour des résultats très infidèles et très insuffisants, l'hydrothérapie coûte en réalité fort cher.

D'après l'expérience que nous avons pu faire dans plusieurs asiles d'importance différente, il n'est pas possible, dans les meilleures conditions de fonctionnement, de dépasser la moyenne de un bain par trois semaines ; et dans la pratique d'une année — régulière-

©BIUM

rement et sincèrement enregistrée — notre résultat n'a atteint que la moyenne de un bain par six semaines.

Et voilà pourquoi — sans doute — les médecins des asiles ne sont pas fiers de leurs statistiques — quand ils en font! — et pourquoi, dans leurs rapports annuels, ils sont si discrets sur le chapitre de l'hydrothérapie.

Dans aucun milieu collectif, cependant, l'importance de l'hygiène hydrique n'apparaît aussi grande que dans l'asile. A tous les âges et dans tous les états morbides, l'aliéné est malpropre ou malsoigneux de sa personne. Il se souille, ne se nettoie pas, ou n'use que par contrainte des moyens de propreté partielle, — très insuffisants d'ailleurs, — qui sont à sa disposition. Cette contrainte entraîne journellement tout un cortège de troubles, de désordres et d'accidents, tandis que la malpropreté des mains, du visage, de la peau et des orifices est la cause principale des maladies incidentes et du mauvais état de la santé générale.

Pour l'aliéné, le bain mensuel, bimensuel même, n'est qu'une illusion d'hygiène. Ce qui lui est nécessaire, ce à quoi il faut tendre dans la pratique, c'est le lavage complet de chaque jour, *c'est le bain quotidien*.

Dans l'état actuel, ce résultat dépend du remplacement de la grande installation centrale par de petites installations de quartier, et de la substitution du bain-douche simple, rapide, inoffensif et économique à la baignoire perfide, malpropre et coûteuse.

*
* *

A l'occasion de l'agrandissement et de la transformation de l'établissement départemental dont la direction médicale et administrative nous a été confiée, nous avons pu refaire notre régime hydrothérapique sur un plan d'ensemble nouveau.

Ce régime comprend : une installation centrale complète et confortable pour le traitement hydrothérapique des malades de toute catégorie, un service central d'hygiène (bains-douches) pour tous les malades chroniques et valides, et une série de petites installations distinctes dans les pensionnats, les infirmeries, les quartiers de gâteux, d'admission et d'enfants. De sorte qu'à l'achèvement de nos services en construction, le régime hydrohygiénique sera assuré par *treize installations*, dont une centrale, comprenant ensemble seize cabines d'aspersion et autant de baignoires.

Une partie de cette organisation a fonctionné pendant toute l'année 1906 (installation centrale d'hygiène, 4 cabines d'aspersion et 2 baignoires); une deuxième partie (installation centrale d'hydrothérapie et salles d'hygiène des pensionnats; — douches de traitement, 4 baignoires pour bains de durée, 2 baignoires pour bains d'hygiène, 2 cabines d'aspersion) a été mise en service pour le quatrième trimestre de la même année.

Tandis qu'en 1905, avec les installations anciennes, nous n'avions pu atteindre le total de 4.000 bains et douches, en 1906, avec notre nouvelle organisation, nous avons administré 10.000 bains d'aspersion, 250 bains de baignoire, 600 bains de durée, 850 douches variées, soit au total, en négligeant les unités, 11.600 bains et douches.

Ces chiffres seront ceux de la première statistique annuelle que nous osions publier. Ils correspondent au bain moyen *bimensuel*.

En 1907, nous obtiendrons le bain *hebdomadaire*.

En 1908, avec la mise en service de nos nouveaux pavillons, nous réaliserons le bain moyen *bihebdomadaire*.

©BIUM

* * *

Théoriquement, le bain-douche solutionne facilement la question d'hygiène dans les asiles, puisqu'il ne faut que multiplier suffisamment les appareils pour se rapprocher toujours plus près du bain quotidien idéal. Mais pour que le bain puisse être donné abondamment et facilement à 500, 600 aliénés et plus, il faut qu'il réponde à des conditions de commodité, de sécurité, d'économie rigoureuses. C'est à la réalisation de ces conditions dans nos installations que nous nous sommes attachés, avec le concours de constructeurs ingénieux, dont nous nous faisons un plaisir de dire les noms : MM. Haussy et Declercq, de Lille.

Sans entrer dans le détail des appareils, signalons seulement les dispositions principales adoptées dans l'une de nos installations.

Chaque cabine est pourvue de *deux pommes d'aspersion articulées sur double genouillère* et situées latéralement, l'une supérieure pour le lavage du corps, l'autre inférieure pour le lavage des pieds. Le jet d'eau peut aussi être réglé dans toutes les directions, s'adapter à toutes les tailles et être arrêté par un simple mouvement de bascule.

L'eau est chauffée en pression à 110 degrés, dans une chaudière qui ne refroidit pas. Une seule charge de 25 à 30 kilogrammes de charbon suffit à assurer le fonctionnement pour chaque jour. De la chaudière, l'eau passe dans un *thermo-régulateur automatique*, d'où elle ne peut sortir à une température supérieure à 50 degrés, pour arriver dans les salles entre 45 et 48 degrés. Chaudières et thermo-régulateur sont installés dans un sous-sol indépendant du service des bains et où n'accède que le chauffeur. Il a été distribué dans ce service une

moyenne quotidienne de : 20 douches de traitement, 4 bains de durée, 2 bains de propreté et 25 bains d'aspersion.

Le service central du régime commun, avec 4 cabines d'aspersion et 2 baignoires, fonctionne pendant quatre heures, brûle 50 kilogrammes de charbon et consomme 1.500 litres d'eau pour 100 bains.

Ces consommations équivalent à une dépense dont il n'est pas nécessaire de faire ressortir la faible importance relative. Disons seulement que le fonctionnement de notre nouveau régime hydrothérapique, pour 12.000 bains et douches en 1906, nous a coûté moins cher que notre ancienne organisation avec ses 4.000 bains de 1905.

*
* *

Le bain-douche — qui déjà n'occupe pas la place qu'il mérite dans l'hygiène populaire — n'a pas encore reçu dans les établissements hospitaliers la consécration officielle, si nous nous en rapportons à la froideur qui accueillit nos propositions en sa faveur. Notre cas était grave, en effet : il n'y avait pas de précédent dans les asiles.

Le précédent existe aujourd'hui : les résultats en sont encourageants. Les aliénés — les femmes aussi bien que les hommes — acceptent volontiers le bain d'aspersion. A nos premières séances, il y eut bien quelques cris et quelques résistances. L'aliéné — lui aussi — est misonéiste. Mais l'accoutumance se fit bientôt, et plus complète et rapide que nous n'osions l'espérer. Aujourd'hui, nos malades vont au bain-douche avec plaisir, ils le réclament. Les plus inconscients y font preuve de spontanéité; ils se savonnent, se frictionnent en toute liberté. Certains s'y trouvent si bien qu'ils font difficulté pour sortir de la cabine, et c'est, en vérité, la seule

CIUM

violence que nous ayons enregistrée dans la pratique de ce nouveau régime. Quant à la facilité et à la généralité de son application, les chiffres suivants, qui sont ceux d'une opération complète, peuvent en donner une idée exacte. Sur 532 malades composant notre population totale, 251 hommes et 264 femmes reçurent le bains d'aspersion ; 4 hommes seulement et 12 femmes, pour cause de faiblesse ou de maladie incidentes, durent être baignés en baignoire ou dispensés du bain.

Législation

LES GARANTIES D'UN TRAITEMENT RAPIDE

DANS LA

NOUVELLE PROPOSITION DE LOI SUR LES ALIÉNÉS ADOPTÉE PAR LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Par le Dr Victor PARANT

Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris,
Médecin-adjoint de la Maison de santé de Toulouse.

La proposition de loi adoptée par la Chambre des députés le 22 janvier 1907 a pour but, tout en augmentant certaines garanties établies dans la législation actuelle en faveur des aliénés, de faire reconnaître et sanctionner par la loi la plupart des améliorations à leur situation, réclamées par les médecins ou établies déjà en fait dans les établissements adaptés aux progrès de la science et de la thérapeutique mentales.

Parmi les idées modernes dont le législateur s'est fait un honneur de s'inspirer, il n'y en a pas qu'il ait tenu à affirmer davantage que l'admission de l'aliéné, à la qualité de malade, avec toutes les conséquences qui en découlent. Au titre I, en effet, la section première de la proposition de loi est intitulée : Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à do-

©BIUM

micile. — L'article 1er déclare : L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires. L'article 29 spécifie que : l'asile est assimilé dans toute la mesure possible à l'hôpital. L'article 6 prouve d'autre part combien la place du médecin a paru devoir être prépondérante dans l'asile, et à plusieurs reprises la loi met au même plan que le besoin de sauvegarder la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, la nécessité d'assurer la propre sûreté ou la guérison de l'aliéné. L'article 15 enfin règle par une disposition heureuse la situation de l'aliéné avec conscience qui demande de lui-même son internement.

De leur côté, les débats parlementaires confirment combien grand a été en cette matière le souci du législateur : « Que doit être l'asile? Un lieu de guérison d'abord », dit le rapporteur, M. Dubief (1), et plus loin il ajoute : « Pinel a élevé les aliénés à la dignité de malades. C'est le principe que nous avons voulu consacrer dans le titre même de la loi. Par sa qualité de malade, l'aliéné relève de l'hôpital. C'est pour ce motif qu'au frontispice même de la loi se trouvent ces deux mots : Hôpital — Traitement (2). » — « C'est, dit-il à propos des alcooliques (3), faire un calcul inhumain et faux que de laisser, faute de soins appliqués en temps opportun et qui auraient abouti à la guérison, s'accroître le nombre considérable de chroniques incurables dont sont encombrés nos hospices. » Il a semblé à la Commission, dit encore M. Dubief, à propos des placements d'office, « qu'il y avait à la fois devoir et intérêt économique à interner aussi, simplement en vue de leur propre guérison, les aliénés indigents qui, pour n'être dan-

(1) *Documents parlementaires.* Annexe n° 47, p. 507, col. 2.
(2) *Ibid.*, p. 509, col. 2.
(3) *Ibid.*, p. 510, col. 2.

gereux ni pour la sécurité et l'ordre publics, ni pour la décence et leur propre sûreté, n'en sont pas moins des malades qui méritent d'être soignés... (1) »

Les mêmes idées apparaissent souvent dans la discussion devant la Chambre des députés : « Nous faisons, dit le rapporteur, une loi pour guérir des malades et non pas simplement pour les séquestrer (2). » — « Notre loi qui porte à son frontispice ces deux mots significatifs : « hôpitaux et traitement », vous dit assez qu'elle n'est plus une simple loi de sûreté, qu'elle est devenue une loi médicale, une loi de guérison. (*Très bien ! très bien !*) C'est la guérison qui devient notre principal objectif. Il faut soigner les aliénés, parce qu'ils sont curables dans une proportion plus grande qu'on ne le croit généralement. On pense que seules des psychoses aiguës et accidentelles peuvent guérir, que toutes les affections qui ont un certain temps d'existence sont devenues incurables et qu'il n'y a plus que des soins matériels à donner à ces malades. C'est une erreur. Depuis qu'on connaît d'une manière plus approfondie les causes de la maladie et que les méthodes curatives sont devenues plus sûres et mieux appropriées, la puissance de guérison s'est trouvée accrue et le nombre des malades qu'on peut rendre guéris à la société a augmenté dans des proportions notables. Nombreux sont les individus qui autrefois eussent été éliminés à jamais du milieu social et qui à l'heure présente y retrouvent très bien leur place. » (*Très bien ! très bien !*) (3).

La discussion de l'article 29 montre la même préoccupation en éveil. M. Cazeneuve et le rapporteur sont

(1) *Documents parlementaires.* Annexe n° 47, p. 513, col. 2.
(2) Chambre des députés. Séance du 14 janvier 1907, p. 20, col. 3.
(3) *Ibid.*, p. 21, col. 1.

©BIUM

soucieux de garantir les soins les plus prompts aux malades atteints de délires symptomatiques ; M. Edouard Vaillant insiste pour qu'on établisse formellement l'assimilation de l'asile à l'hôpital ; il faut qu'on dise qu'on a pour but « de soigner dans la mesure du possible les aliénés dans l'asile comme on soigne les malades à l'hôpital, suivant les différences, bien entendu, qui résultent de la nature des affections différentes qui y sont traitées et en tenant compte pour chaque catégorie dans l'asile de leurs différences propres (1) ».

Ces diverses citations sont très explicites ; aucune contradiction n'a été soulevée par les idées qu'elles expriment. On ne comprendrait pas d'ailleurs qu'il en fût autrement, car elles sont le résumé du grand mouvement scientifique en faveur des aliénés qui a débuté il y a un peu plus d'un siècle par la suppression de leurs chaînes, et qui se continue actuellement par la transformation des infirmeries, par l'éducation du personnel, par la diminution des moyens de contrainte, par l'assistance et la colonisation familiales. Il y a peu de réformes sociales qui dans leur ensemble recueillent aujourd'hui un assentiment aussi unanime.

Cependant ce n'est pas tout pour un législateur que d'avoir d'excellentes intentions et même que de les affirmer dans un texte de loi. Il faut encore que la législation atteigne son but, qu'elle ait pour effet le résultat recherché. On voudrait montrer ici qu'il se pourrait que certaines décisions de la Chambre des députés aillent à l'encontre des idées que nous venons de voir être les siennes, et que, parmi les prescriptions édictées par elle, il n'est pas douteux qu'il en soit qui risquent de produire précisément le contraire de l'effet

(2) Chambre des députés, séance du 21 janvier 1907, p. 101 et 102.

©BIUM

souhaité, car elles ramèneraient nos asiles et maisons de santé à l'état de pures garderies qu'ils sont en train de perdre.

On sait quelles sont les formalités imposées pour le placement des aliénés par la proposition de loi. Comme la loi de 1838, elle réclame pour le placement volontaire trois pièces : une demande d'admission, un certificat médical, une pièce d'identité. La demande d'admission, écrite et signée par celui qui la forme, sera dorénavant visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police (art. 13, § 3). A la place du certificat de médecin, « constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée », il faudra un rapport au procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine ; ce rapport devra être dûment légalisé. Il doit être circonstancié et indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, visite qui aura été notifiée au juge de paix ou au maire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes et les faits observés journellement par le signataire et constituant la preuve de la folie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé (art. 13, § 5).

Ainsi donc, en dehors de modifications de détails, d'ailleurs utiles comme l'inscription de la date de la dernière visite, les nouvelles garanties apportées par cet article sont des garanties de pure forme, de ces simples démarches administratives dont on sait la valeur. Le visa du juge de paix, du maire ou du commissaire de police, la légalisation de la signature, la notification

©BIUM

de la visite du médecin, sont autant de formalités paperassières qui, les premiers temps passés, seront faites machinalement, au moins dans les villes qui sont les seuls endroits où la publicité qu'elles semblent vouloir obtenir, risque de ne pas exister sûrement. On a d'ailleurs senti que ces formalités pouvaient avoir des inconvénients, puisqu'il est spécifié qu'en cas d'urgence le visa n'est exigible que dans les quarante-huit heures de l'admission, et que l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire, le médecin certificateur devant dans les deux jours produire un rapport détaillé. Il arrivera ou que la procédure d'urgence devienne la plus habituelle, ou que l'entrée du malade soit retardée ou empêchée trop souvent, pour son plus grand préjudice.

Après l'entrée, l'envoi au préfet du certificat de vingt-quatre heures avec le certificat du médecin et le bulletin d'entrée est remplacé par l'envoi à triple exemplaire de ces mêmes pièces, auxquelles on ajoute la demande d'admission, déjà visée cependant ; les trois destinataires de ces papiers sont : le préfet du département où l'établissement est situé, le procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée, le procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé. Ces mêmes fonctionnaires recevront plus tard le certificat de quinzaine (art. 17).

Comme par le passé, les établissements privés sont soumis pour chaque entrée à l'inspection d'un médecin délégué du préfet (art. 17, § 2).

Après réception du certificat de quinzaine, le procureur de la République provoque de la part du président du tribunal ou du tribunal en chambre du conseil une décision définitive de maintenue. Ce principe est une des plus heureuses innovations de la loi. Le rapport médical

©BIUM

exigé par l'article 13, et les formalités prévues par les articles 17 et 18 et que nous venons de résumer, sont applicables aux placements d'office.

Ainsi donc, en dehors du transfert à l'autorité judiciaire de la décision de maintenue, pour les placements volontaires et les placements d'office, c'est principalement à la multiplication des formalités administratives et à une publicité étendue que la nouvelle loi veut confier la sauvegarde de la liberté individuelle au moment de l'internement. Or, ce sont précisément ces formalités et cette publicité qui, déjà sous le régime actuel, rendent moins nombreux que l'intérêt des malades ne l'exigerait les placements volontaires, c'est-à-dire la plupart de ceux qui ont pour but le traitement de la maladie. On voudrait montrer ici d'abord la réalité de ce fait, puis l'intérêt qu'il y aurait pour garantir un traitement rapide aux aliénés, à ce que le Sénat fît sur ce point une modification de la loi, et comment c'est dans le système même de la proposition adoptée par la Chambre qu'on pourrait trouver le remède aux défauts signalés.

L'expérience montre que les formalités et la publicité actuellement en vigueur suffisent déjà à éloigner les familles de l'idée de faire traiter dans les établissements spéciaux ceux de leurs malades qui en ont besoin pour leur propre sûreté et leur guérison, selon les termes mêmes de la proposition de loi. La raison en est aux familles et aux médecins : les praticiens, ignorant les maladies mentales dont l'enseignement n'est encore à aucun degré obligatoire en France pour eux, négligent trop souvent les soins nécessaires, et sont d'autre part effrayés par l'idée de responsabilités qui ne leur apparaissent pas définies et qu'ils apprennent plutôt par les journaux quotidiens lors des articles répétés sur les

©BIUM

aliénés, que par une documentation sérieuse et par l'étude des textes ; les familles, tout acquises aux préjugés courants contre la folie, osant à peine s'avouer à elles-même le caractère de la maladie d'un des leurs, ne voulant le plus souvent sous aucun prétexte que le public apprenne leur malheur, surtout si quelque intérêt commercial ou matrimonial est en jeu, peu au courant par ailleurs de la curabilité d'un délire rapidement traité, méconnaissent leur véritable intérêt, s'arrêtent devant la demande d'admission, si simple pourtant, et ont peur des enquêtes confiées à des agents de la police dont les recherches manquent autant de tact envers les familles que de garanties sérieuses pour l'Administration.

Quiconque a été mêlé à la gestion d'un établissement d'aliénés où sont reçus des placements volontaires, sait combien grande est la proportion des malades dont le placement n'est pas effectué au vu des formalités actuelles ; ce sont souvent des malades peu atteints, et alors curables, qu'on ne se décide à interner que plusieurs mois plus tard, lorsque l'incurabilité est acquise. Qu'on ne croie pas que dorénavant les articles 8 et 9 sur le traitement à domicile, si nécessaires cependant, les atteindront ; car il s'agit justement de ces cas mitoyens, dont la nouvelle loi voudrait obtenir le traitement, mais dont la garde à domicile réunira difficilement les éléments d'incrimination nécessaires pour tomber sous le coup d'une pénalité.

Les nouvelles dispositions de la loi pour les placements ne se contenteront pas de maintenir éloignés du traitement les délirants qui lui échappent actuellement. Elles écarteront encore, pour les mêmes raisons, un grand nombre de ceux qui, même sous le régime actuel, viennent trouver dans les asiles, soit une guérison complète, soit une amélioration suffisante pour reprendre la vie de famille. La proportion de ces malades est considérable.

On sait, par exemple, que dans les asiles de la Seine qui reçoivent les placements volontaires d'indigents, ce que ne font pas la plupart des autres asiles, les internements courts sont les plus nombreux. Et si l'on veut les statistiques exactes d'une maison privée, nous pouvons citer quelques chiffres portant sur les dix dernières années, de 1897 à 1906. Sur un total de 459 malades entrés dans cette maison pendant ce laps de temps, il en est sorti avant le troisième mois 71 guéris, 53 améliorés, 76 non guéris et il y a eu 21 décès. Avant le sixième mois : 101 guéris, 80 améliorés, 98 non guéris (dont 63 ont été transférés dans un autre asile), et 24 décès ; au total 303. Il ne reste donc dans l'établissement au bout de six mois qu'un tiers des entrées (156 sur 409). De ces malades, 47 sortent encore avant qu'une année se soit écoulée depuis leur placement, soit un résidu de moins d'un quart de chroniques dont un petit nombre seul est susceptible de guérison ultérieure. Si, à ce chiffre, on ajoute le nombre des malades transférés dans un autre établissement et dont une partie devient incurable, il reste encore que la moitié des aliénés sont rapidement susceptibles d'être rendus à la liberté et souvent à leur vie antérieure ; ce sont eux dont le traitement se trouvera entravé considérablement par l'accumulation des formalités et l'abus de la publicité.

On tendra alors à revenir à l'état de choses qui existait il y a quarante ans, où la maison de santé dont il s'agit ici avait une population totale égale à la population actuelle, mais une population d'incurables, le nombre des entrées étant du tiers du chiffre actuel. Les maisons de santé ne souffriront pas de cet état de choses dans leurs intérêts matériels ; seuls les malades en pâtiront : ce n'est pas, évidemment, le résultat désiré par le législateur. M. Dubief ne disait-il pas en

©BIUM

se plaignant qu'on attende trop souvent, pour interner l'aliéné, que quelque affreux drame de la folie se soit déroulé, ou que le malade ait perdu toutes ses chances de guérison : « Il n'est pas un aliéniste qui ne sache que l'avenir du malade dépend dans une large mesure de la hâte qu'on a mise à pratiquer l'isolement du milieu où la folie a éclaté et à lui imposer le traitement convenable (1) .»

Si, comme on a essayé ici de le montrer, l'effet des nouvelles prescriptions de la loi doit être d'éloigner d'un traitement rapide trop de malades curables et d'augmenter le nombre des non valeurs sociales, il serait de toute utilité que le Sénat, reprenant sur ce point les idées de sa propre proposition de loi, refît l'œuvre de la Chambre et la modifiât dans l'intérêt public.

Pour arriver à un résultat meilleur, il y aurait sans doute plusieurs procédés possibles, mais tous ne devant probablement pas avoir les mêmes chances de succès devant le Parlement, il suffira d'indiquer ici comment la proposition adoptée par la Chambre nous montre elle-même les réformes qu'on peut introduire sans changer le système général qui a les faveurs du législateur.

Il convient de remarquer au préalable que c'est uniquement pour sauvegarder la liberté individuelle que les mesures visées sont établies, et que s'il est nécessaire de rassurer l'opinion publique sur l'éventualité des séquestrations arbitraires, ces séquestrations, ainsi que l'indiquent les débats de la Chambre, sont plus à craindre par le fait du maintien prolongé dans l'asile que par celui d'une entrée injustifiée. Il faut de plus constater que, par

(1) Rapport Dubief, p. 508, col. 2 (*Documents parlementaires.* Chambre. Annexe nº 47).

©BIUM

une fatalité regrettable, mais inévitable, il y a une opposition réelle entre la sauvegarde de la liberté individuelle d'une part, la sûreté personnelle et la guérison du malade, la sécurité, la décence et la tranquillité publiques d'autre part, car toute mesure restreignant la facilité et le nombre des internements va à l'encontre — cela est évident — de l'isolement nécessaire au bon ordre public et au traitement du malade.

Il s'agit donc d'établir un moyen terme qui garantisse pour le mieux, et dans la mesure du possible, tous ces intérêts contradictoires.

Or, il n'est pas besoin de chercher ce moyen terme ailleurs que dans la proposition de loi elle-même. Celle-ci apporte deux ordres de garanties à l'aliéné, concernant la liberté individuelle. Le premier est dans les formalités antérieures au placement ; ce sont celles dont la multiplication est si critiquable. Le second est dans les visites et les inspections prescrites pour des aliénés internés. On peut juger de leur abondance par la liste des personnes qui ont le devoir ou le droit de visiter l'aliéné dès son internement :

« Le préfet du département est tenu de visiter, une fois au moins chaque semestre, les établissements publics ou privés situés dans le département (ceci est une innovation).

« Le procureur de la République de l'arrondissement dans lequel un ou plusieurs établissements d'aliénés sont situés, est tenu de visiter ces établissements une fois au moins chaque trimestre.

« Les personnes spécialement déléguées à cet effet par le ministre de l'Intérieur ou le préfet, le président du tribunal de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés, peuvent visiter ledit établissement lorsqu'ils le jugent convenable..... » (Art. 10).

©BIUM

Les inspecteurs généraux du service des aliénés ont le même droit (Art. 11).

« Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un médecin de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire un rapport, sur-le-champ, à lui-même et au procureur de la République (Art. 17). »

« Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise qui sera faite contradictoirement par deux médecins, dont un désigné par l'aliéné ou son représentant (Art. 18). »

Ces deux articles 17 et 18 sont applicables aux placements d'office (Art. 30).

S'il s'agit d'un aliéné criminel, le tribunal, avant de statuer, est tenu d'ordonner une expertise particulière (Art. 36).

Toutes ces garanties sont complétées par le droit de faire sortir l'aliéné, accordé pour les placements volontaires aux personnes désignées dans l'article 22, indépendamment du droit du préfet (Art. 24), et par la fonction du curateur à la personne établi pour tous les aliénés afin de veiller à ce qu'ils soient rendus à l'exercice de leurs droits aussitôt que leur situation le permet (Art. 45).

N'est-ce pas là qu'est la véritable sauvegarde pratique et efficace? Et s'il est impossible de supprimer toute formalité antérieure à l'entrée du malade, ne peut-on pas penser qu'il faut les réduire au minimum en présence de tant de garanties, accrues, du reste, des menaces du Code pénal contre la mauvaise foi ou la faute lourde du médecin ou de la famille? Et ne peut-on conclure :

La sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, la

©BIUM

propre sûreté et la guérison de l'aliéné exigent que le traitement rapide soit facilité ; il y a lieu d'éviter l'abus des formalités préalables à l'internement, et d'instituer au contraire un contrôle minutieux après l'entrée du malade. Rien ne vaut, pour un pareil contrôle, un examen personnel fait par un homme compétent et qui engage sa responsabilité. On l'établira par des mesures prises dans un esprit conforme à celui qui a dicté les articles 17 et 18 de la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1907

Présidence de M. DENY.

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

MM. Chardon, Devaux, Gimbal, Juquelier, Parant fils, Perpère, Phulpin, Piéron, Thivet et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Hans Evensen, médecin-directeur de l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem (Norvége), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Pactet, Vallon et Dupain, rapporteur ;

2° Une lettre de M. le Dr Leredde, secrétaire général de l'Assemblée nationale des médecins de France, qui invite la Société à se faire représenter au Congrès des Praticiens qui doit se tenir à Paris en avril 1907.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de février ;
2° *Ecos de las Mercédès*, n° 15 ;
3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de février.

Rapport de candidature.

M. Chaslin. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Magnan, Séglas, Chaslin, rapporteur, pour examiner la candidature de M. André Riche au titre de membre correspondant.

©BIUM

Successivement interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique-adjoint des maladies nerveuses, médecin-suppléant de Bicêtre, M. André Riche s'est spécialisé dans l'étude des affections nerveuses et mentales, tant au lit des malades que dans les laboratoires. Il a enseigné à la clinique de la Salpêtrière, dans un cours complémentaire et, comme moniteur des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté, il a fait des leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux, et enfin un cours de vacances sur la neurologie et la psychiatrie. Il a publié des travaux assez nombreux pour que je ne vous les énumère pas.

Je me bornerai à vous signaler ceux qui présentent un intérêt particulier pour notre Société. Parmi différents mémoires sur le tabes, en collaboration avec M. de Gothard, je citerai l'*Etude sur les troubles objectifs de la sensibilité superficielle dans le tabes* (*Nouvelle Iconographie*, 1899, nos 4 et 5). De cette étude, il ressort que ces troubles de la sensibilité ont un triple caractère : polymorphisme, dissociation, tendance à la disposition segmentaire périphérique ; ce qui ne peut être expliqué que par une altération portant à la fois sur la substance blanche des cordons postérieurs et la substance grise centrale. M. André Riche a étudié dans sa thèse inaugurale *l'ataxie des tabétiques et son traitement* (Paris, 1899) ; sa conclusion est que si les troubles des fonctions encéphaliques qui président à la coordination échappent à toute influence modificatrice directe, il est rationnel d'admettre que le médecin peut, dans une certaine mesure, avoir prise sur ce symptôme ataxie par des moyens indirects s'adressant aux notions sensibles préalables que doit posséder la conscience. Avec M. Sicard, M. Riche a publié un cas curieux d'hystérie (*Hystérotraumatisme, double pied bot hystérique, amnésie rétroantérograde*, *Presse médicale*, 15 octobre 1898) avec amnésie, où le traitement psychique a fini par rétablir la mémoire. Tout dernièrement, il présentait à la Société de médecine légale (14 janvier 1907) l'*Etude médico-légale d'un cas de folie morale*. Il s'agit d'une jeune fille amorale qui de temps en temps a des accès d'excitation sans délire, pendant lesquels elle commet des délits. M. Riche croit que cette anormale devrait

©BIUM

trouver sa place dans un asile-prison, établissement intermédiaire à créer. Il a publié enfin récemment avec Gombault et notre collègue Nageotte, les articles *Cerveau* et *Centres nerveux inférieurs* dans la nouvelle édition de l'*Anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier.

Nous croyons, Messieurs, que les titres et travaux de M. André Riche justifient amplement sa candidature, et nous vous proposons de l'accueillir parmi nous au titre de membre correspondant.

M. Riche est élu membre correspondant à la majorité des suffrages.

Le placement des aliénés difficiles.

DISCUSSION

M. H. Colin. — Mon collègue et ami le Dr Vigouroux m'a posé à la dernière séance un certain nombre de questions sur les conditions dans lesquelles se feront l'entrée et la sortie des malades du service des aliénés difficiles de Villejuif; j'avoue que pour lui répondre j'aurais préféré attendre l'ouverture du service, car cela m'aurait permis de vous apporter des faits précis et en même temps peut-être des résultats, tandis que, les constructions n'étant pas encore terminées, je suis obligé de me borner à vous exposer des généralités.

Le service, à son origine, était destiné non pas aux aliénés criminels, mais aux aliénés vicieux, habitués des asiles, dangereux en ce sens qu'ils gênent, maltraitent, volent parfois les autres malades, que souvent ils sont de mœurs inavouables, et qu'enfin par leur esprit d'indiscipline, leur tendance à la révolte, leurs évasions continuelles, ils sont une cause de trouble pour les services ordinaires où leur présence implique la nécessité de mesures de sûreté spéciales qu'il est inutile de prendre à l'égard de la grande majorité des aliénés.

C'est en 1898-1899, que devant la commission mixte du Conseil général de la Seine j'exposai les règles qui, d'après moi, devaient présider à l'hospitalisation de ce genre d'individus. Depuis cette époque, je suis revenu bien des fois sur la question, soit devant la Commission de surveillance, soit dans des articles de revue, soit dans

©BIUM

les congrès. Dans le rapport général au préfet de la Seine pour 1903, j'ai publié les observations d'un certain nombre de ces malades. Il est donc facile de déterminer de façon exacte ce que j'entends par ce service d'aliénés vicieux, appelés, par euphémisme, aliénés difficiles.

Ce sont en somme les individus qui, à côté de troubles mentaux permanents ou passagers (alcooliques, épileptiques, hystériques), présentent des anomalies de caractère, des perversions instinctives, des tendances impulsives, des habitudes invétérées de vagabondage et de paresse. A ces malades, qui existent en quantité notable dans les asiles des grands centres, viennent s'ajouter les parasites, récidivistes et exploiteurs des asiles.

Le mélange constitue cette classe des pensionnaires de nos asiles dont je disais dans le rapport au préfet de la Seine cité plus haut (1903) : « La justice ne veut plus les connaître et la Préfecture de police s'en débarrasse en provoquant leur internement. Nos asiles actuels, avec le système de plus grande liberté qui a été introduit de façon si légitime, dans ces dernières années, ne sont pas aménagés pour les recevoir. Il y a donc urgence à bâtir la section pour les aliénés difficiles, proposée comme annexe à l'asile de Villejuif, et dans laquelle ces individus seront soumis à un mode d'hospitalisation et à un travail appropriés. »

Ce genre de malades fut seul visé dans les premières études présentées au Conseil général.

Une enquête faite dans les différents asiles, à la demande du préfet de la Seine, démontra la présence, dans les services ordinaires, d'environ deux cents hommes et cinquante femmes de cette catégorie.

Plus tard, et en prenant la délibération qui créait le nouveau service, le Conseil général de la Seine y ajouta les aliénés criminels, et cela simplement en raison de la suppression de la sûreté de Bicêtre et en attendant la création de l'asile spécial d'Etat dont il est toujours question et que prévoit la loi qui vient d'être votée par la Chambre.

En effet, et je l'ai déjà indiqué au Congrès de Pau, il semble impossible de confondre les deux classes de

malades et d'assimiler un vicieux qui commet de simples délits à un criminel qui tue, viole ou incendie. La justice se chargera d'opérer le classement et la loi nouvelle, si elle est votée, pourvoira au placement des aliénés criminels véritables.

Le fait de mélanger ces deux classes aurait pour résultat d'accroître d'une façon exagérée le nombre des aliénés criminels et la quantité d'établissements que, d'après la loi, l'Etat devra leur consacrer. C'est l'erreur dans laquelle était tombé le Conseil des inspecteurs généraux à l'époque où il s'est occupé de la question.

En attendant le vote de la loi, et pour ce qui regarde la Seine, les aliénés criminels pourront être envoyés à la section spéciale de Villejuif, où des locaux particuliers seront aménagés pour les recevoir.

Mais, je le répète, la caractéristique de mon service, c'est de soustraire aux quartiers ordinaires la foule de débiles vicieux, alcooliques, hystériques, épileptiques, qui les encombrent et de créer une sorte d'assistance par le travail pour ces déséquilibrés qui, actuellement, entrent dans les asiles et en sortent au gré de leur fantaisie. Certains d'entre eux comptent une centaine d'admissions, occupent souvent les postes de choix de l'établissement, arrivent à s'y griser abominablement, ne se gênent pas pour y commettre les délits dont ils sont coutumiers.

Comment se fera l'admission de ces malades?

M. Vigouroux se demande si les experts, chargés d'examiner les délinquants, devront conclure à l'envoi dans un service spécial et, au cas où cette mesure serait adoptée, comment l'Administration assurera l'exécution de cette décision.

A ce point de vue, les experts ont seulement qualité pour émettre un vœu, et c'est au tribunal ou au juge de décider que tel ou tel aliéné délinquant, faisant l'objet d'un non-lieu, devra être envoyé dans un service spécial. Et pour que pareille mesure soit prise, il faut un texte de loi qui, jusqu'à présent, fait défaut. Il y a donc là une lacune à combler, et je ne puis, vous le comprendrez, deviner quelle sera la solution qui interviendra.

Actuellement, nous pouvons donc seulement prévoir l'éventualité d'une mesure administrative.

La Commission de surveillance des asiles de la Seine, dans sa séance du 27 mai 1902, s'est occupée de ces placements, et la discussion a surtout fait ressortir une préoccupation constante de sauvegarder la liberté individuelle ; on a paru craindre voir se manifester une tendance marquée à envoyer trop facilement ces récidivistes de l'internement à l'asile spécial, simplement pour s'en débarrasser.

Ce souci de la liberté individuelle est évidemment des plus louables ; peut-être, cependant, le trouvera-t-on parfois exagéré si l'on envisage les catégories toutes spéciales d'individus qui constituent ce groupe d'habitués des asiles.

Beaucoup d'entre eux se font interner volontairement, ce que j'ai toujours soin de noter sur le certificat, au grand étonnement de la Préfecture de police qui semble ignorer ce genre d'autoplacement.

Il est à prévoir même, lorsque le nouveau service sera ouvert, que beaucoup de ces habitués viendront y demander leur admission, ce que la nouvelle loi sur les aliénés, si elle est votée, rendra encore plus aisé qu'à l'heure actuelle.

Je rencontrais dernièrement, à la porte de Sainte-Anne, deux de ces individus. Ils étaient sortis l'avant-veille de Ville-Evrard et se trouvaient dans un état d'ivresse accentué. Leur ayant demandé s'ils étaient venus pour se faire placer, ils me répondirent gaiement qu'ils attendaient l'ouverture de mon service et qu'ils seraient enchantés d'y entrer.

C'est encore en vertu du sentiment très légitime du respect qu'on doit à la personnalité humaine que la Commission de surveillance a repoussé l'épithète de vicieux qu'on avait attribuée à ce genre de malades.

C'est ainsi que les aliénés criminels sont devenus les aliénés dangereux, et les aliénés vicieux les aliénés difficiles. Ce dernier terme a semblé rallier tous les suffrages, aussi bien en France qu'à l'étranger, et on peut dire qu'il caractérise d'une façon assez heureuse le genre d'individus auxquels nous faisons allusion.

M. Vigouroux m'a demandé aussi ce qu'on ferait des malades déjà internés dans les asiles et dont le chef de service demanderait le transfèrement dans le service spécial.

©BIUM

Il est évident qu'ici les espèces sont multiples. On pourra avoir affaire non seulement aux aliénés difficiles, aux fous moraux non criminels mais insupportables dans les services ordinaires, aux déséquilibrés de tout genre que nous venons d'énumérer, mais aussi aux aliénés criminels ou particulièrement dangereux qui exigent une surveillance toute spéciale.

La Commission de surveillance s'est occupée également de cette question et, il faut bien l'avouer, ce qui se dégage le plus clairement de ses délibérations, c'est une sorte de méfiance à l'égard du corps médical.

Les membres de la Commission ont semblé craindre avant tout l'envoi dans la nouvelle section de tous les agités dangereux, par les chefs de service « *désireux de se débarrasser* ». Ce sont les termes mêmes qui ont été employés.

Quelque regrettable que soit cet état d'esprit, il faut bien dire qu'il n'est pas spécial à la Commission de surveillance. Ce sentiment de méfiance envers les médecins aliénistes est assez général, comme vous le savez : des événements récents, de même que la discussion de la nouvelle loi au Parlement, vous l'ont surabondamment démontré.

Quoi qu'il en soit, et après l'examen des diverses considérations que nous venons de rappeler, la Commission de surveillance s'est déclarée pour l'adoption d'une mesure unique réglant l'envoi dans le nouveau service des différentes catégories de malades. Cette mesure consiste dans le passage de ces individus par le service de l'admission, soit qu'ils viennent du dehors, soit qu'ils se trouvent déjà répartis dans les services ordinaires. A l'admission, ils seront examinés et, s'il y a lieu, dirigés sur le service spécial.

M. Vigouroux m'a posé une dernière question : Comment se ferait la maintenue ou la sortie de cette catégorie de malades?

Ici encore, nous avons affaire à une question d'espèces. Pour les aliénés criminels, en l'absence d'un texte de loi précis, qui n'est pas encore voté mais qui est prévu dans le nouveau projet adopté par la Chambre, la Préfecture de police devra de toute nécessité intervenir.

Pour les aliénés difficiles, habitués des asiles et autres, le médecin semble, jusqu'à présent, devoir être le seul juge.

En ce moment que se passe-t-il? Parmi ces malades, les uns à la suite d'un délit souvent minime, souvent aussi volontaire, les autres à la suite d'un accès de délire alcoolique fugace, entrent dans les asiles. Au bout de quelques jours, quelquefois le jour même de leur arrivée, ils ne présentent plus de troubles délirants, réclament leur sortie et s'empressent de s'évader si on la leur refuse, quitte à revenir parfois le lendemain même de leur sortie ou de leur évasion.

Que voulons-nous faire? Les enlever à l'asile ordinaire et les faire travailler, de façon à les mettre en mesure d'amasser un pécule qui leur permettra d'attendre un emploi à la sortie de l'établissement.

Dans ces conditions, le médecin doit, de toute évidence, avoir le droit de prolonger pendant un certain temps le séjour à l'asile.

La difficulté sera de faire accepter cette solution par les malades, de même qu'il sera difficile, suivant une opinion assez répandue, de faire travailler ces derniers. Pour ce qui concerne le travail, j'ai confiance dans l'isolement spécial où se trouveront désormais placés ces individus, dans l'ascendant moral exercé par le médecin, dans l'influence de certaines récompenses ou de certaines punitions inoffensives, — privation de tabac, de vin, par exemple, — dont j'ai pu déjà constater l'efficacité. Mais il est bien certain qu'il vaudrait mieux prévoir pour le maintien de ce genre d'hospitalisés des mesures légales ou administratives qui, actuellement, font défaut.

Telle est, pour ma part, la seule réponse que, dans l'état actuel des choses, je puisse faire à M. le Dr Vigouroux.

M. Vallon. — Le service spécial prévu par M. Colin est uniquement réservé aux aliénés vicieux. En dehors même des aliénés criminels, il y a d'autres catégories d'aliénés dangereux à l'égard desquels il faudrait prendre certaines mesures, et cela préventivement et non pas lorsqu'ils auront déjà manifesté leur caractère dangereux par une réaction criminelle. La nouvelle loi

©BIUM

est muette à leur sujet. Il faudrait que sur certificat du médecin ils soient placés, avec intervention de la magistrature, dans des services spéciaux. Je suis de ceux qui voudraient que les asiles devinssent de véritables hôpitaux de traitement ; pour cela, il faut en éliminer tous les aliénés dangereux pour lesquels le système de l'open-door est impossible.

M. CHRISTIAN. — On se fait illusion si on espère améliorer les vicieux par le travail dans un asile spécial. Il sera impossible d'obtenir d'eux pendant longtemps un travail régulier. Je crois que si on les soumettait à une discipline sévère, on arriverait à un meilleur résultat que par la persuasion et la douceur. J'ai connu un vicieux éthéromane sur qui plusieurs internements successifs n'avaient eu aucune action. Condamné à six mois de prison, il est resté, sa peine écoulée, plus de deux ans sans reprendre de toxique.

M. VIGOUROUX. — Les observations que j'ai présentées au début de cette discussion se rapportent non à des aliénés dangereux, mais à des vicieux, qu'il est impossible de garder longtemps à l'asile, car ce ne sont ni des délirants ni des déments, et qui d'autre part sont incapables de vivre au dehors sans commettre des délits. Leur existence est un passage continuel de la vie libre à l'asile et inversement. Il faudrait que la loi prévît l'intervention de la magistrature pour prolonger leur internement.

M. SÉGLAS. — Dans la communication de M. Colin il y a deux points capitaux : l'entrée et la sortie ; je ne parle pas pour ceux de ces individus qui sont épileptiques, hystériques, alcooliques, mais pour ceux qui sont simplement des amoraux.

Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que, vis-à-vis de ces derniers, les ressources de la médecine sont impuissantes et qu'ils ne peuvent se modifier à l'asile. Ce qu'ils ont été au dehors avant leur entrée, ils le seront encore après leur sortie, et leur passé nous est un sûr garant de leur avenir. Dès lors, comme le demandait tout à l'heure M. Vigouroux, quel sera le critérium de l'opportunité d'une sortie? Si l'on a admis la nécessité de les interner dans un asile ou quartier d'asile spécial, on est conduit logiquement à admettre

de même qu'on ne sera nullement fondé à les en faire sortir. Le problème peut être embarrassant; cependant c'est bien ainsi qu'il se pose, avec cette alternative rigoureuse : ou bien un internement définitif (dont le médecin ne peut en quoi que ce soit assumer la responsabilité), ou bien pas d'entrée.

Dans ce dernier cas, puisqu'il est reconnu que ces individus ne sont pas à leur place dans un asile, ils se trouvent, par la force des choses, rejetés sur la prison. Et, à ce propos, j'estime, pour ma part, comme M. Chaslin, comme M. Pactet, qu'*en pratique*, ces professionnels du vagabondage, de la délinquence, de la simulation, exploiteurs des asiles, très différents des véritables aliénés, réclament, en raison même de leur caractère profondément antisocial, des mesures d'autant plus propres à protéger efficacement la société contre leurs tendances nuisibles. Je ne vois pas pour cela, en l'état actuel des choses, d'autre moyen mieux approprié qu'un quartier de prison à leur mentalité, qui ne relève pas, en pratique, de la médecine, mais de la police et des tribunaux.

M. Chaslin. — Il faudrait d'abord être d'accord sur le point de savoir si ces vicieux sont bien des aliénés et s'il faut faire une distinction entre eux et les délinquants de droit commun ; si en tous les cas, le service spécial qui leur serait destiné ne devrait pas être plus proche de la prison que de l'asile.

D'autre part, il est désirable que les aliénistes combattent la tendance qu'ont actuellement les magistrats de pousser vers l'asile des individus qui relèvent plutôt de la prison.

Et pour ma part, je ne les conserve pas dans mon service.

M. Colin. — Il n'est pas douteux qu'il existe des vicieux dont la place n'est pas à l'asile ; mais la plupart de ces individus ne sont pas non plus à leur place dans les prisons, dont ils troublent l'organisation industrielle et la discipline par leurs réactions anormales ; d'autres au contraire pourraient y être maintenus. Ce sont là des questions d'espèces qu'il faut laisser à la pratique le soin de juger. Pour ceux qui nous occupent, je me rallie à la demande de M. Vigouroux, et je crois qu'il

faudrait que la loi prévît les moyens de prolonger leur internement.

M. PACTET. — Beaucoup d'amoraux qu'on envoie à l'asile n'y ont point leur place. Mieux que l'asile, la prison pourrait neutraliser leurs perversions instinctives.

M. DUPRÉ. — Tous les amoraux, en effet, ne sont point des aliénés. Mais il y a des amoraux à personnalité nettement pathologique; pour ceux-là, il faut un asile spécial. C'est là un point sur lequel tous les aliénistes depuis plusieurs années semblent être d'accord. Il y a sans doute des cas de transition pour lesquels on peut hésiter; mais ce sont précisément ces cas-là qu'il faut écarter pour pouvoir établir une règle.

M. VIGOUROUX propose à la Société d'émettre un vœu demandant que la nouvelle loi sur le régime des aliénés prévoie les moyens de prolonger l'internement des aliénés vicieux par l'intervention de la magistrature.

M. VALLON propose un autre vœu demandant que la nouvelle loi décide le placement des aliénés dangereux à réactions violentes dans des services spéciaux.

A la demande de M. ARNAUD, on nomme une Commission chargée de la rédaction de ces vœux. Font partie de la Commission : MM. Arnaud, Chaslin, Colin, Dupré, Pactet, Vallon, Vigouroux.

Délire chronique par hallucinations psychiques,

par MM. L. MARCHAND et M. OLIVIER.

Quand Baillarger a décrit pour la première fois les hallucinations psychiques, il a confondu avec celles-ci les hallucinations cœnesthésiques et les hallucinations motrices verbales, phénomènes différents et bien définis depuis le travail de M. Séglas. Existe-t-il des hallucinations psychiques? D'après les auteurs qui se sont occupés de la question, les hallucinations psychiques ne sont pas des hallucinations, ce sont des pseudo-hallucinations. Les malades atteints de ces troubles n'éprouvent pas de sensations; on leur parle d'âme à âme, de pensée à pensée, mais ils n'entendent aucune

©BIUM

parole. Ils ont conscience que certaines de leurs pensées ne viennent pas d'eux-mêmes, mais leur sont suggérées par d'autres personnes. Il existe chez eux, avant tout, un dédoublement de la conscience, portant uniquement sur ce fait, que certaines de leurs pensées proviennent d'influences extérieures.

Nous donnons ci-dessous, à l'appui de cette opinion, une observation qui nous paraît tout à fait caractéristique à cet effet.

Mlle B. M..., trente-neuf ans, célibataire, institutrice, ancienne élève d'Ecole normale primaire, entre à l'asile de Blois le 13 décembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Pas d'hérédité vésanique. Père et mère bien portants, âgés de soixante-douze et soixante-dix ans. Mère nerveuse.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions. Fluxion de poitrine à deux ans et demi et depuis lors, santé délicate. Intelligence moyenne. Caractère réservé, peu ouvert. Réglée à douze ans. Institutrice à partir de l'âge de dix-huit ans.

Actuellement, l'examen physique ne révèle pas chez cette malade l'existence de stigmates de dégénérescence; les fonctions organiques s'accomplissent normalement, les fonctions de relation paraissent indemnes.

Il y a quatre ans que l'affection aurait commencé à se manifester, d'après les dires de la malade; mais à entendre les personnes qui l'ont approchée, il faudrait faire remonter l'origine de la maladie à une date bien plus lointaine encore. Quoi qu'il en soit, dans le cours de ces quatre dernières années, elle a changé de poste à quatre reprises sur sa propre demande. Elle croyait en effet, dit-elle, que certaines personnes exerçaient sur elle des actions magnétiques mystérieuses et lui donnaient à comprendre des choses extraordinaires. Les moindres faits et gestes des voisins, des élèves ou des passants étaient interprétés par elle comme la visant directement. Des gens agissaient sur sa physiologie, ils lui donnaient « des coliques, des maux de gorge, des pertes de sang ». Mais c'est surtout dans un de ses derniers postes, il y a environ deux ans, qu'elle put acquérir des éclaircissements sur la nature des troubles jusque-là indéterminés, confus, qu'elle avait ressentis. Elle s'est aperçue dès lors qu'elle recevait « des inspirations continuelles », et qu'on lui « jetait des idées ». Une de ses élèves, entre autres, était commandée et lui « jetait des idées ». Elle en fit un jour l'observation à la jeune fille et celle-ci serait restée toute sotte, ce qui, à son avis, constitue une preuve irréfutable du rôle joué

©BIUM

par son élève. Mais toutes ces personnes n'agissaient pas contre elle par méchanceté ; c'était au contraire dans un but scientifique, pour lui faire comprendre ce qu'était le magnétisme, ce que l'on peut faire avec le magnétisme. Pendant longtemps elle a douté, mais aujourd'hui elle est certaine qu'une personne peut en influencer une autre. On lui suggère de faire certains actes, on l'hypnotise. Elle reconnaît avoir eu une crise d'excitation à la fin d'octobre ; elle était en proie à des frayeurs, on lui suggérait, dit-elle, qu'il y avait des massacres quelque part. Elle s'étonnait aussi de rencontrer, de revoir des personnes qu'elle croyait mortes. Ces temps derniers, elle a eu quelques mouvements de méchanceté à l'égard de ses parents, ce qui détermina son internement à l'asile de Blois.

Voici, à la date du 26 décembre 1906, une lettre qu'elle nous écrit, et qui, mieux que n'importe quelle description, montre la prépondérance prise par les hallucinations dites psychiques dans la genèse de son délire. Elle a d'ailleurs rédigé depuis lors de nombreuses lettres qui toutes tendent à faire ressortir les mêmes constatations.

« Monsieur le Docteur,

« Je vous ai dit que je me sentais souvent guidée *par inspiration*. Je vois que c'est ici comme ailleurs. Je n'y cède pas toujours parce que je m'aperçois que, quand je m'y laisse aller, il arrive des troubles autour de moi, soit dans le camp des bonnes, soit dans celui des religieuses, soit dans celui des pensionnaires de la maison : c'est ce qui m'arrête. Je m'en suis aperçue presque à mon arrivée ici. J'ai vu que j'y retrouvais ce que j'ai vu ailleurs, partout où j'ai passé depuis plusieurs années. J'ai compris que, ici, j'avais encore affaire à l'administration, comme partout où je passe, et j'en suis désespérée.

« Je vois encore que j'agis *par inspiration* à certains moments (sans m'en rendre compte), quand j'ai du regret de ce que je viens de faire sans préméditation (je comprends alors que c'est là ou les personnes qui m'imposent ces regrets *par inspiration* qui m'ont fait agir au préalable par le même moyen). Puisqu'ils m'imposent ces regrets, c'est qu'ils connaissent la petite action que je viens d'accomplir. Ou bien encore, c'est la personne qui paraît m'attendre quand je circule, qui me fait comprendre que j'agis sous l'influence d'une autre volonté que la mienne. Je m'aperçois que j'agis souvent par impulsion, et quand j'agis, j'arrive presque toujours à un but contraire à celui que je me proposais.

« Pour avoir la paix de ma conscience, il me faudrait dire à quelqu'un qui me paraisse désigné pour cela, par l'administration, les vérités capitales et extraordinaires qu'on m'a apprises

©BIUM

depuis plus de quatre ans par la *suggestion*, et en mettant tout le monde en l'air autour de moi, pour me faire saisir les pouvoirs de l'homme sur l'homme et sur la nature. Je ne vois point à quoi cela sert, puisque personne ne m'interroge sur ce que je sais. Et cependant, je vois que l'Etat a fait des dépenses extraordinaires, considérables, pour m'instruire de tout ce qui peut être fait par magnétisme ; ce ne doit pas être pour rien cependant. Les violentes souffrances morales qui m'ont été imposées en novembre dernier, ont affermi mes convictions sur tout ce qui a été fait à mon intention.

« On me fait « voir en imagination » que M. le Dr X... me paraît tout désigné ainsi que vous, Monsieur, pour m'interroger sur les connaissances qui m'ont été données *par inspiration*, par les actes qui ont été accomplis autour de moi, et par les expériences qui ont été faites à mon intention, autour de moi et sur ma personne.

« Ce qu'il faut pour me débarrasser de mes obsessions, ce sont des questions catégoriques sur ce que je sais : morale, psychologie, médecine, sciences naturelles. Je sais par exemple par ce qui a été fait à mon intention que la religion du Christ est basée sur des erreurs. On m'en a fait les preuves, à mon intention. J'ai vu deux morts apparentes (deux de mes élèves qu'on a plongées en léthargie à mon intention) ; j'ai vu encore le buisson ardent de Moïse, spectacle magnifique, que j'ai vu en revenant de Parthenay, il y a trois ans (morale).

« Je sais qu'on agit sur ma physiologie et qu'on me donne de la faiblesse physique, des pertes de sang, pour me rendre plus impressionnable et pour me faire saisir plus facilement l'inspiration. Je n'ai pas achevé cette pensée l'autre jour à M. le Dr X..., je l'ai oubliée au moment où j'allais le dire ; je comprends que c'est une expérience qu'on a faite sur moi. Je comprends qu'on est intelligent ou inintelligent par la volonté de quelqu'un qui agit sur vous, qu'on est docile ou qu'on se révolte par la volonté de quelqu'un, qu'on est bon ou mauvais par le même moyen (psychologie).

« Je sais qu'on est malade parce que quelqu'un le veut ; on a expérimenté sur moi la toux, les oppressions, l'anémie, l'appétit, l'inappétence, les maux de gorge, les maux de dents, les éruptions, etc. Je sais comment on fait la paralysie, la folie, le goître ; j'en ai eu des exemples autour de moi qu'on a semés exprès (médecine).

« Je sais que l'homme fait la pluie, le vent, la gelée, la neige, le verglas, les glaçons, la grêle, la foudre comme il l'entend (sciences naturelles).

« Le jour de mon arrivée, jeudi 13 décembre, il a fait un temps abominable (neige et verglas) ; j'ai compris que cela était fait à

©BIUM

mon intention. Personne ne m'a excitée à dire la vérité, à parler, de sorte que l'Administration a fait des frais en pure perte pour me faire comprendre tout ce qu'on peut faire. En suivant des *inspirations* que je ne sais pas mauvaises, je défais tout un échafaudage (je le vois après) dressé pour me conduire au port. Je m'en aperçois quand il n'est plus temps de faire quoi que ce soit pour le réparer, puisque je ne reçois aucun conseil verbal. Je n'ose me fier à mes *inspirations* qui m'embrouillent de tous les côtés, de sorte que je ne comprends plus, que je ne sais plus. Je voudrais être interrogée sur ce que je sais et dire la vérité sur toutes choses pour qu'elle arrive à ceux qui me l'ont fait connaître, les républicains tout simplement.

« Ma psychologie aurait dû servir à faire abolir le décret du Tonkin qui condamna à mort les Tonkinois pour cause de révolte. Je comprends que j'ai servi de but aux civilisateurs de la République, aux démocrates avancés, et que les expériences qui ont été faites autour de moi et sur moi ont servi à asseoir l'œuvre de la démocratie et qu'elles peuvent enrichir le domaine de la science plus que moins, si on se donne la peine de les recueillir. Je voudrais les faire connaître. Je ne désire que cela dans toute la sincérité de mon cœur et sans quiproquo. Je comprends qu'aujourd'hui on me fait faire toutes sortes de choses par inspiration, par impulsion, et qui me perdent, sans volonté de ma part.

« Je comprends encore que je sers de jouet de tous côtés à ce que j'ai autour de moi, que je suis tantôt sous une influence, tantôt sous une autre. Quand ces deux influences se réunissent, je ne fais que des sottises par impulsion, sans pouvoir m'en empêcher (je comprends quand l'action est faite, que j'ai fait une sottise). Quand j'ai quelque chose à demander, je n'ose le faire, l'esprit de décision me manque totalement. Au lieu de m'embrouiller par des inspirations qui me perdent et par des impulsions de toutes sortes, il faudrait simplement m'interroger catégoriquement.

« Ici on me met sous la tutelle des religieuses qui sont bonnes, c'est vrai; mais ce n'est pas le principe que j'ai suivi jusqu'à présent qu'elles représentent, de sorte que je ne leur ai rien accordé en réalité: c'est ce qui me perd à leurs yeux. D'un autre côté j'ai affaire à elles pour autre chose (pour les fournitures), de sorte que l'autre parti m'attrape sans que j'y sois presque pour rien. Les choses que l'on me fait accomplir par impulsion y sont pour tout. Je fais des sottises à tout le monde, malgré moi et sans le vouloir, par les *inspirations* que je suis et dont je ne vois pas la suite faute de renseignements. »

Pour compléter cette auto-observation, nous dirons que cette

©BIUM

malade présente, outre les hallucinations psychiques, quelques illusions dont l'importance est accessoire. Ainsi elle croit trouver à son linge une odeur de moisi ; on remarque enfin que dans la lettre précédente, elle décrit deux illusions qu'elle aurait eues, il y a trois ans, en revenant de Parthenay. Il s'agit de ces deux morts apparentes et de ce buisson ardent de Moïse que d'autres personnes auraient vus comme elle et avec elle ; mais ce sont là surtout des phénomènes d'interprétations délirantes, comme en rendent compte les explications données par la malade à ce sujet. Mais, à part les interprétations délirantes qui interviennent encore avec une certaine activité chez la malade, il faut signaler l'existence d'idées de grandeur et d'idées hypocondriaques très particulières, d'idées de persécution spéciales, d'idées d'auto-accusation, idées qui toutes ont un rôle effacé.

Nous avons affaire ici, manifestement, à une débile dont les troubles psychiques sont devenus chroniques ; mais ce que nous voulons faire ressortir, et ce qui constitue l'élément intéressant de cette observation, c'est la prédominance des hallucinations psychiques sur tous les autres phénomènes mentaux et leur action directe sur le délire. En interrogeant la malade, on se rend compte, en effet, que les autres manifestations morbides dérivent secondairement des hallucinations psychiques.

Au début de sa maladie, M^lle^ B... éprouvait les hallucinations psychiques, sans pouvoir les expliquer ; et les interprétations délirantes étaient beaucoup moins nettes. Ce n'est que plus tard qu'elle a attribué ces hallucinations « au magnétisme, aux inspirations, à la suggestion, à l'hypnotisme, aux influences mentales extérieures, à l'action des imaginations étrangères ou des volontés fortes, à la projection d'idées dans son cerveau ».

Elle a souffert de ses hallucinations psychiques dans tout le cours de son affection, et elle n'hésite pas encore aujourd'hui à les considérer comme pénibles à subir. Elle se dit démoralisée, désemparée devant cet assaut d'influences qui s'imposent à elle. Sous ce rapport donc, elle ressemble à une persécutée. Elle se plaint aussi qu'on expérimente sur elle toutes sortes de maladies, ce qui tend à donner, par moment, à ses idées de persécution, une couleur hypocondriaque. Mais cette ma-

©BIUM

lade n'est pas une persécutée ni une hypocondriaque ordinaire, car si « l'administration, les civilisateurs » s'emparent ainsi à toute heure de son corps et de son esprit, c'est moins pour lui nuire que pour la rendre capable d'acquérir des vérités extraordinaires, des connaissances insoupçonnées dont elle a mission ensuite de faire profiter les hommes pour le plus grand bien de la démocratie. Elle se reproche en même temps d'être malhonnête, inconvenante, félone vis-à-vis des médecins et des religieuses. Mais nous le rappelons, tous ces troubles délirants sont provoqués et entretenus par des hallucinations psychiques, ou par des interprétations délirantes secondaires aussi aux hallucinations psychiques, comme quelques citations de certaines lettres l'établissent nettement : « Je n'avais reçu d'ordres que de mes inspirations qui me rappelaient plus que moins que j'étais faite pour dévoiler la vérité telle que je la connais sur bien des points. » A-t-elle accompli un acte ou tenu un propos quelconque, on lui fait voir, en imagination, après coup, les fautes commises : « J'ignorais et j'ignore encore la valeur d'un mot dit par moi, d'un geste accompli machinalement sous l'influence d'une volonté plus forte que la mienne ou d'un groupe de volontés, et qui amène des bouleversements autour de moi. Je comprends la valeur de ce mot et de ce geste machinaux quand il n'est plus temps d'agir (on me l'explique en imagination), ou de l'empêcher avec ses résultats que je ne puis toujours prévoir. » Nous pourrions indéfiniment multiplier des citations aussi caractéristiques.

Nous ferons remarquer, en terminant, que notre *malade n'entend point de voix* et qu'elle n'a jamais la *sensation de parler* ses pensées. Elle est très formelle à ce sujet. Elle se rapproche par beaucoup de points du cas de Brierre de Boismont, signalé par Baillarger (1) dans son travail sur les hallucinations psychiques : « Nous conversons (dit le malade de Brierre de Boismont, en parlant de ses interlocuteurs invisibles) d'âme

(1) Baillarger. *Recherches sur les maladies mentales*, t. Ier, p. 411.

©BIUM

à âme, par intuition et par magnétisme. Nous n'avons pas besoin de paroles. »

La séance est levée à 5 h. 35.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 25 MARS 1907

Présidence de M. DENY

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

MM. Devaux, Gimbal, Juquelier, Leroy, Phulpin et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Riche, médecin de l'hospice de Bicêtre, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

2° Une lettre de M. le Dr Franco da Rocha, directeur-médecin de l'asile de Juquery (Brésil), qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de candidature de M. le professeur Rémond, de Toulouse, au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Dupré et Vigouroux, rapporteur ;

4° Une lettre de candidature au titre de membre correspondant de M. Duhem, médecin du sanatorium de Boulogne-sur-Seine. — Commission : MM. Moreau (de Tours), Picqué et Vallon, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Application de la diazo-réaction urinaire au pronostic de l'état de mal épileptique*, par M. Paul Masoin ;

2° *Sur les sorties et congés d'aliénés*, par le même ;

©BIUM

3° *Histopathologie de l'écorce cérébrale dans l'état épileptique*, par M. Giovanni Esposito ;
4° *Le Droit médical*, numéro de février ;
5° *Ecos de las Mercédès*, numéro de décembre 1906.

Rapport de candidature.

M. ARNAUD. — Messieurs, un de nos confrères italiens, le Dr Giovanni Motti, directeur du Manicome d'Aversa, sollicite son admission dans notre Société, au titre de membre associé étranger. A l'appui de sa candidature, le Dr Motti nous a adressé plusieurs brochures relatives à des questions de pathologie mentale ou de psychologie. Ces questions sont très diverses ; elles portent sur la clinique, sur l'anatomie pathologique, sur la médecine légale, pour laquelle l'auteur semble avoir une particulière prédilection. En suivant l'ordre chronologique, nous trouvons d'abord un travail sur la « Nécessité d'appliquer la méthode anthropologique et psychologique au développement de l'hygiène physique et intellectuelle. » Puis viennent deux mémoires importants consacrés à la recherche des « Anomalies des organes internes chez les malades de l'esprit » et « chez les dégénérés ». Sur cette question encore mal connue, l'auteur a réuni les procès-verbaux de plus de deux cents autopsies d'aliénés ou de délinquants, et il arrive à cette conclusion que les anomalies internes, chez les sujets de ces deux catégories, sont aussi fréquentes que celles du crâne, de la face ou de toute autre partie externe du corps ; si ces dernières anomalies manquent, celles des organes internes existent presque toujours. Les principales anomalies internes décrites par le Dr Motti portaient sur le poumon, le foie et la rate.

Le plus grand nombre des mémoires envoyés ont pour objet des problèmes de médecine légale. C'est, par exemple, le cas très intéressant d'un épileptique avéré, chez lequel néanmoins on a pu soulever la question de la simulation. C'est encore les rapports si complexes du traumatisme cranien et de la folie, avec toutes leurs conséquences en matière de responsabilité. L'état mental et le degré de responsabilité étudiés chez deux neuras-

©BIUM

théniques et chez un épileptique dégénéré fournissent également la matière de trois mémoires très importants.

Enfin, à ces divers travaux le Dr Motti a joint un Rapport sur le Manicome d'Aversa, pour la fin de 1906, dans lequel on relève des renseignements fort intéressants.

Ces brèves indications sont insuffisantes pour vous faire apprécier à sa valeur notre confrère italien; mais elles peuvent au moins vous prouver l'activité d'esprit du Dr Motti, sa curiosité scientifique toujours en éveil, qui lui permet d'aborder avec un égal succès les sujets les plus dissemblables. Tous ces travaux témoignent de connaissances étendues et d'une solide érudition ; ils montrent aussi les qualités d'un clinicien éprouvé, d'un observateur sagace, aux vues souvent personnelles. Je vous propose donc d'admettre le Dr Motti comme membre associé étranger. En même temps qu'un acte de courtoisie, ce sera un acte de justice.

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

Action des injections intramusculaires de suc de substance grise dans les insuffisances de la cellule cérébrale,

par M. le professeur Rémond (de Metz)
et M. Voivenel, interne.

Avec Nageotte et Ettlinger nous avons soutenu que la cellule cérébrale comme toute autre cellule de l'organisme peut être en état d'insuffisance, insuffisance héréditaire ou acquise.

Aussi, malgré que la « transfusion nerveuse » de Constantin Paul n'ait donné aucun résultat psychopathique, avons-nous tenté d'obtenir une amélioration des états d'insuffisance par l'opothérapie cérébrale.

Le laboratoire de MM. Chaix et Cie nous a préparé sur nos indications un extrait de substance blanche et un extrait de substance grise, composés à parties égales de tissu et de la solution physiologique.

Nous avons administré ces extraits en injections intramusculaires dans la région fessière.

©BIUM

Un centimètre cube chaque deux jours pendant un laps de temps variant de vingt à trente-six jours.

Dans la note actuelle nous ne signalerons que les résultats obtenus avec l'extrait de substance grise. Toutes les observations citées seront produites tout au long dans la thèse de notre élève Guiraud, qui va paraître en mars 1907.

Obs. I. — Mélancolie simple. Homme, dix-huit ans, fils de vieux, mère internée.

Intelligence vive, mais cerveau fatigué. Depuis l'âge de seize ans comptable, dix heures de travail par jour, champ visuel normal, réflexes normaux, pas d'hystérie.

Il se sent « cérébralement malade et sans volonté », et souffre de cet état. *L'opium échoue complètement.* Malgré le laudanum, la souffrance morale vague se précise et les idées d'indignité et de démérite apparaissent.

Après quinze injections, guérison *absolue*. Le malade est allé se reposer à la campagne. Rentré depuis un mois, il s'est remis à travailler. Nous l'avons revu depuis et sa guérison persiste aussi absolue.

Obs. II. — Insuffisance de la cellule cérébrale. Homme, dix-huit ans; dix piqûres, amélioration.

Pas d'antécédents héréditaires, mais a toujours été timide et « isolé »; s'est engagé dans un régiment de cavalerie et a vu sa maladie apparaître à la suite des fatigues; taciturne, inactif, facilement irritable, nostalgique, exagérant les moindres faits et se plaignant de ses chefs.

Revient dans sa famille plus ouvert de caractère et moins inquiet.

Obs. III. — Mélancolie simple, chez un timide et surmené. Homme, dix-huit ans et demi; quatorze piqûres.

Amélioration notable.

Paysan qui a travaillé pour obtenir le certificat d'études, s'est classé premier et a toujours aimé à lire; il faut le nourrir avec la sonde; mutisme absolu.

Dès la quatrième piqûre, répond par oui et non. Dès la septième, demande lui-même à manger. Est repris par sa famille après la quatorzième piqûre.

Obs. IV. — Mélancolie avec délire et angoisse, idées de damnation apparues au moment de la ménopause chez une prédisposée. L'opium donne une légère amélioration. Mais dix piqûres de cérébrine donnent une amélioration plus marquée quoique bien légère, comparée à celle obtenue chez les mélancoliques simples et jeunes déjà vus.

Obs. V. — Insuffisance cérébrale chez une hystérique; femme, trente-cinq ans, frappée par la mort de sa mère à la suite d'un cancer utérin; se croit à son tour atteinte de cancer utérin et en éprouve tous les signes; hypocondrie.

Huit piqûres : guérison presque absolue quand la malade sur la demande de ses parents quitte la clinique.

Obs. VI. — Mélancolie simple chez une femme de trente-sept ans, douze piqûres, amélioration légère.

Obs. VII. — Dégénérescence psychique.

Homme, vingt-huit ans, amoral, violent. Devenu paludique aux colonies, déjà interné deux fois; quinze piqûres, sort guéri en apparence, plus calme, heureux de revoir ses parents, dont il ne se préoccupait pas, et capable de travailler. Depuis la huitième piqûre a présenté un changement assez remarquable de caractère.

Obs. VIII. — Saturnisme, alcoolisme, artério-sclérose. Délire de persécution et début de délire des grandeurs; peintre, trente-cinq ans; vingt piqûres. *Echec absolu.*

Obs. IX. — Obsession. Jeune fille, obsédée par l'idée de la rage et l'idée de suicide, la première diminuant quand la seconde augmente. Obsession intense, crises de larmes chaque jour; douze piqûres.

La première piqûre est de 2 centimètres cubes et demi. La crise de larmes n'a pas eu lieu.

Une piqûre chaque deux jours. Crises de larmes quotidiennes.

A partir de la huitième piqûre la malade est restée dix-sept jours sans pleurer.

Le placement des aliénés difficiles.

DISCUSSION (*suite*).

M. Pactet. — Si je reviens aujourd'hui sur le sujet qui a été agité dans la dernière séance de la Société médico-psychologique, c'est que je crains que les quelques paroles que j'ai été amené à prononcer au cours de la discussion n'aient pas reflété ma pensée sous son véritable jour.

J'ai dit qu'en l'absence d'organismes d'assistance spéciaux — et cette restriction est à retenir, car elle donne à ma remarque tout le caractère de relativité qu'elle comporte — la place des sujets qui présentent des perversions morales, à l'exclusion de troubles intellectuels, me paraissait être, autant dans leur intérêt propre

©BIUM

que dans celui des aliénés, plutôt à la prison qu'à l'asile. De là, à induire que je considérais la prison comme l'établissement de choix pour le séjour de ces sujets, la distance est courte, et en réalité elle n'a pas tardé à être franchie par quelques-uns de mes collègues. Mais comme telle n'est pas mon opinion, et que cette manière de voir n'a pu m'être prêtée qu'à la faveur d'un malentendu, c'est ce malentendu que je tiens à éclaircir.

Le meilleur moyen pour dissiper toute équivoque consiste, je crois, à envisager le problème relatif à l'assistance des sujets pervers sous son double aspect théorique et pratique, et à préciser les raisons pour lesquelles il peut y avoir temporairement discordance entre la doctrine et ses conséquences pratiques.

Le mouvement qui entraîne aujourd'hui vers l'asile des sujets qui jusqu'à maintenant étaient invariablement dirigés sur la prison n'est, il faut le reconnaître, que le résultat de l'application à un nouvel ordre de faits de la méthode qui a été le plus puissant instrument de conquête de la psychiatrie sur la criminologie. Tous les progrès réalisés dans les sciences anthropologiques — c'est un point qui, je l'espère, ne soulèvera pas de contestations — et qui ont eu leur répercussion sur le domaine pénal, ont été liés à l'atténuation progressive de l'influence dans ces sciences, de la notion de libre arbitre, de liberté morale, et au développement progressif de l'ascendant du point de vue plus scientifique du déterminisme.

C'est l'introduction, en psychiatrie, de ce point de vue qui, ramenant le principe de causalité à une simple question de fixité dans la coexistence ou l'ordre de succession des phénomènes, a permis aux médecins aliénistes d'incorporer à la nosologie un certain nombre d'états s'accompagnant d'actes délictueux ou criminels qui, jusqu'alors, avaient été considérés comme relevant de la criminologie pure.

Et un vigoureux effort de logique n'est pas indispensable pour s'apercevoir que les idées qui tendent à s'établir aujourd'hui, relativement aux sujets atteints de perversions morales, ne sont que l'épanouissement naturel d'une doctrine dont les premières assises ont été

©BIUM

posées par les maîtres de la psychiatrie et qui a permis de rattacher progressivement à des causes pathologiques qui leur donnaient un caractère de fatalité, un nombre de plus en plus élevé d'actes qui jusqu'alors avaient semblé résulter de la libre détermination de l'individu.

Les différentes étapes parcourues dans cette voie sont faciles à reconstituer.

C'est d'abord l'immunité pénale s'attachant aux actes s'accompagnant de délire généralisé; puis, après quelque résistance, cette même immunité conférée aux actes provoqués par les délires partiels, et c'est enfin, conquis de haute lutte, le même bénéfice pour l'acte du monomane qui ne présentait pas de trouble apparent des facultés intellectuelles.

A ces premières acquisitions vinrent, dans la suite, s'en ajouter de nouvelles. L'exhibitionnisme, les perversions sexuelles, les syndromes épisodiques des dégénérés, tous états où le désordre de l'activité domine la scène, acquirent droit de cité en nosologie. Et aujourd'hui, pour les sujets pervers sans délire, de quoi s'agit-il? Uniquement de faire admettre, non plus seulement que tel ou tel acte isolé, comme chez le monomane, mais que l'activité tout entière du sujet peut se trouver sous la dépendance d'anomalies héréditaires ou acquises du système nerveux.

Le lien qui unit cette conception à celle de la monomanie sans délire est des plus apparents, et on peut, sans être taxé de témérité, dire que le jour où le désordre intellectuel cessant d'être le critérium indispensable de l'état de folie, Esquirol faisait admettre que certains actes accomplis par des personnes qui ne présentent aucun trouble apparent de l'intelligence ou de l'affectivité ne relèvent néanmoins pas du libre arbitre, il ouvrait une voie qui devait fatalement conduire, dans un avenir plus ou moins éloigné, à faire englober la criminologie tout entière dans la biologie pathologique.

Et c'est dans cette direction que s'accomplira sans doute l'évolution des idées, à mesure que deviendra plus manifeste l'insuffisance du critérium qui sert encore aujourd'hui à faire le départ des sujets qui doivent être envoyés à l'asile et de ceux qui doivent être

©BIUM

dirigés sur la prison. En effet, le dosage de la responsabilité d'un individu est un problème absolument insoluble. Personne ne se hasarderait à soutenir qu'il est possible de déterminer, à l'occasion de l'accomplissement d'un acte, le degré de résistance que le sujet a pu opposer, d'une part, aux sollicitations du milieu et, d'autre part, aux sollicitations instinctives de son organisme, et toute solution donnée à ce problème ne peut être qu'arbitraire et établie en dehors des règles de la méthode scientifique.

Si la détermination de la responsabilité est impossible, il ne s'ensuit pas que la société doive rester désarmée à l'égard des éléments perturbateurs de son dynamisme normal; elle a le droit imprescriptible de se protéger contre ceux qui sont pour elle une cause de danger, et cette protection pourra s'exercer d'une manière au moins aussi efficace en abandonnant le point de vue de la responsabilité.

Il suffira, dans l'ordre de faits qui nous occupe, de procéder à la façon du naturaliste qui crée une famille animale ou végétale et de constituer, avec les sujets chez qui prédominent les manifestations antisociales de l'activité, lesquelles manifestations se rattachent évidemment à des causes psycho-physiologiques, des groupes où se trouveront réunis tous les individus présentant des caractères communs. A ces différents groupes seront adaptés des organismes d'assistance qui permettront de neutraliser les tendances nocives des sujets, tout en leur concédant la plus grande somme de bien-être et de liberté compatible avec la sécurité de la société.

Le jour où ces vues théoriques s'imposeront, il s'ensuivra une réforme radicale du système pénitentiaire qui se dépouillera de tout l'appareil de sévérité inutile que lui a imprimé l'idée d'expiation et de vengeance qui s'attache encore à la répression des crimes et des délits, et les prisons transformées en établissements d'assis-sistance, soumis à une direction médicale, pourront devenir des asiles destinés au traitement de l'imbécillité morale, comme les hospices ordinaires sont aujourd'hui des asiles affectés au traitement de l'invalidité intellectuelle. Il est bien évident que lorsque cet état de choses idéal sera établi, les discussions du genre de celle qui

©BIUM

nous occupe seront devenues sans objet, mais, pour l'instant, nous nous trouvons aux prises avec les mille difficultés inhérentes aux périodes de transition où le progrès de l'idée ne s'est pas accompagné de réalisations adéquates dans le domaine pratique. Et les difficultés qui surgissent à propos de l'envoi dans les asiles des sujets pervers sans délire ne sont qu'un cas particulier d'une situation beaucoup plus générale, qui a son origine dans le défaut de spécialisation des asiles et fait sentir son influence dans tous les établissements consacrés au traitement des aliénés. Tandis que le bloc de l'aliénation mentale s'agrégeait des états nouveaux, les asiles ne subissaient aucune des transformations qui les eussent mis en harmonie avec les exigences cliniques nouvelles. Bien plus, nous vivons encore, en fait, comme si la folie était une entité morbide, au traitement de laquelle dût suffire un établissement univoque, l'asile. Cette situation est analogue à celle où se trouvaient les hôpitaux généraux, il y a quelques siècles, quand des malades atteints des affections les plus disparates y étaient traités côte à côte et souvent dans le même lit. Depuis lors, les hôpitaux, en se spécialisant, ont atteint un haut degré de perfectionnement ; par contre, l'organisation des asiles est demeurée stationnaire, et s'il semblerait scandaleux de traiter aujourd'hui dans le même hôpital des typhiques et des varioleux, il ne paraît pas encore anormal de réunir dans le même établissement, voire dans le même quartier, des aliénés atteints d'affections qui entraînent les réactions les plus diverses et dont quelques-uns constituent une gêne ou un danger pour les autres malades.

C'est ce défaut de spécialisation des asiles qui, ne permettant pas de classer par catégories les malades et de les placer dans des conditions telles que les manifestations de leur activité soient rendues inoffensives, sans qu'il en résulte pour eux une restriction de la liberté ou du bien-être au delà du degré où il pourrait en résulter de fâcheuses conséquences, me conduit à considérer la prison, en attendant la création d'établissements spéciaux, comme mieux appropriée que l'asile, au séjour des sujets atteints de perversions morales, sans désordre intellectuel manifeste.

©BIUM

Mon opinion se renforce du fait qu'à l'asile, il est impossible de remplir, à l'égard de ces sujets, les indications qu'imposent les données les plus formelles de l'expérience.

Quand on se trouve en présence de sujets dont les actes surtout doivent retenir l'attention, la question de surveillance acquiert une incontestable importance, et malheureusement l'aménagement actuel des asiles n'offre pas des garanties de sécurité suffisantes pour protéger efficacement la société contre le danger qui résulte pour elle des actes délictueux ou criminels des individus dont les facultés morales sont perverties.

La conception moderne de l'asile tend à lui donner de plus en plus le caractère d'hôpital et à le dépouiller de toutes les apparences de la prison. Cette transformation, qui entraîne la suppression des obstacles matériels dont la raison d'être s'expliquait par la crainte des évasions, ne peut s'effectuer sans qu'une sélection sévère détermine les catégories de malades aptes à bénéficier d'un régime plus libéral. Or, il n'est peut-être pas d'obstacle plus sérieux à la réalisation de ce progrès que la présence, dans les asiles, des sujets qui nous occupent. Chacun connaît leur attitude; elle est, on pourrait dire, stéréotypée, et qui en a observé un, les a tous observés. Ils se montrent, en général, dociles pendant quelques jours, dans le but de se concilier la bienveillance du médecin; puis, bientôt, à propos d'une observation ou du refus de les attacher à l'atelier de leur choix, — c'est toujours celui où la surveillance est le plus restreinte et le travail le moins régulier, — ils réclament impérieusement leur sortie, arguant qu'ils ne sont pas des aliénés et qu'on les retient indûment dans un asile. Puis vient l'inévitable formule : « Si j'ai accompli des actes délictueux, qu'on me traduise en justice; je préfère une condamnation, dont la durée sera fixée par le juge, à un internement qui se prolonge au gré du médecin. » S'il n'est pas aussitôt fait droit à leur demande de sortie, c'est, quelques jours plus tard, l'évasion certaine. Et qu'on n'incrimine pas la négligence du personnel : sa vigilance ne peut compenser les fâcheux effets de son insuffisance numérique.

Il faut donc prévoir, à l'occasion de l'envoi à l'asile

©BIUM

de sujets de cet ordre, l'évasion comme une éventualité devant se réaliser à brève échéance, à moins de prendre à leur égard des mesures de préservation pénibles pour eux et qui pourraient être évitées en les mettant dans des conditions mieux appropriées à leur état mental.

On se trouve souvent dans l'obligation de les placer, à l'asile, dans le quartier où la surveillance est le plus active et qui s'oppose le mieux aux évasions, et ce quartier est celui des malades agités. Voilà donc des sujets calmes, tranquilles, sans délire, qui doivent vivre jour et nuit au milieu de l'agitation d'autres malades qui sont pour eux une cause permanente de gêne et d'ennui. C'est une situation tout à fait anormale.

En second lieu, pour ces sujets, le point de vue thérapeutique se ramène à des tentatives d'amendement où le rôle principal sera dévolu au travail. Or, dans les asiles de la Seine, par une anomalie assez singulière, les ateliers sont une simple dépendance des services administratifs où l'action du médecin est à peu près nulle, et ses recommandations rarement observées ; les agents qui les dirigent sont peut-être, dans leur métier, des techniciens distingués, mais très souvent ils n'ont pas la moindre notion de ce qu'est un aliéné, et leur préoccupation dominante consiste à affecter une indépendance absolue à l'égard du médecin. Il est inutile d'insister sur les effets que peut produire le travail organisé dans des conditions aussi contraires à la logique.

La première conséquence de cette situation est que jamais le médecin ne se hasardera à envoyer un malade qui nécessitera une surveillance un peu attentive ou dont les réactions pourront être dangereuses, dans un atelier où il sera à peu près complètement abandonné à lui-même et où il aura la possibilité de détourner, sans qu'on s'en aperçoive, des instruments qu'il apportera au quartier et qui deviendront entre ses mains des armes dangereuses et dont il pourra faire usage, au moment qu'il aura choisi. Par suite, il devient impossible de donner une occupation aux sujets pervers qui, contrairement à leur intérêt, se trouveront ainsi condamnés à l'oisiveté.

A la prison, au contraire, les garanties qu'offrent, contre l'évasion, l'aménagement des locaux, une orga-

©BIUM

nisation du travail appropriée au milieu, permettent d'octroyer à l'individu une plus grande somme de liberté et, en tout cas, de lui faire sentir moins immédiatement l'action des mesures restrictives dont il est l'objet.

La discipline de la prison est aussi mieux adaptée au maintien de l'ordre dans une collectivité où règne l'influence de tendances perverses. A l'asile, l'insuffisance de la discipline entraîne, dans ce cas particulier, de fâcheuses conséquences. En effet, les affinités électives portent les sujets pervers à se rechercher, à se réunir, et rien ne s'oppose à ce qu'ils se concertent pour former entre eux des coalitions, des complots dirigés, soit contre d'autres malades, soit contre les infirmiers ou le médecin. Ils excitent les aliénés à l'indiscipline, les engagent à résister à toute autorité, à ne pas se plier aux exigences du service; en un mot, ils mettent à profit un régime trop libéral pour donner libre carrière à une activité qui s'exerce toujours dans une direction opposée à l'ordre et au bien général. Ces particularités sont tout à fait spéciales aux sujets en question et les distinguent nettement des aliénés ordinaires.

Il convient de ne pas oublier non plus que ces derniers souffrent du contact avec des individus dont le langage et les manières portent l'empreinte des tares morales, et que leurs doléances sont tout à fait justifiées.

Les raisons que je viens de faire valoir donnent, selon moi, la preuve que la véritable place des sujets atteints de perversions des facultés morales n'est pas à l'asile tel qu'il existe aujourd'hui ; leur place normale n'est pas davantage à la prison, et si j'estime qu'un discernement judicieux de leur intérêt conseille de les y maintenir provisoirement, il n'en est pas moins vrai que tous les efforts doivent tendre à obtenir pour eux la fondation d'établissements spéciaux d'assistance. A ce point de vue, la création, dans le département de la Seine, d'un asile consacré aux aliénés difficiles, marque un réel progrès, et ce n'est que justice de reconnaître que ce progrès est dû à l'initiative et à l'activité de deux membres de notre Société, MM. Brousse et Colin. Prochainement, cet asile va s'ouvrir, et nul doute que

©BIUM

l'expérience qui y sera tentée ne donne les plus heureux résultats et ne contribue à amener la création d'établissements analogues, tout au moins à proximité des grandes agglomérations urbaines où se recrutent surtout les sujets qui sont appelés à y être hospitalisés.

M. Briand. — J'approuve ces conclusions et j'estime que ce serait rendre un grand service à la société que d'enfermer ces malades, et qu'une des raisons pour lesquelles l'asile de sûreté serait bien préférable à la prison est ce fait qu'on pourrait retenir ces sujets à l'asile jusqu'à preuve d'amendement. Une fois sortis en effet de la prison ou de l'asile, ces malades commettent les mêmes méfaits qui les ont fait antérieurement emprisonner ou interner. Ces instables sont des malfaiteurs perpétuels, sachant se targuer d'irresponsabilité auprès des magistrats, de guérison auprès des médecins. Dans les asiles actuels, si on ne leur rend pas la liberté, ils la prennent.

M. Christian. — Je pense qu'on se leurre en espérant amender par le travail ces sujets incapables de travail, tout au moins d'un travail suivi.

M. Gimbal. — Il semble qu'il n'y ait pas lieu d'admettre une distinction absolue entre les aliénés difficiles, d'une part, et certains aliénés criminels, d'autre part.

Ayant étudié les réactions de quarante aliénés criminels, j'ai constaté qu'ils constituaient deux groupes.

Le premier était formé par vingt-sept individus qui, dans l'asile ordinaire, se conduisaient bien, et, calmes, dociles, bons travailleurs souvent, acceptaient volontiers leur nouvelle vie, s'adaptaient à leur nouveau milieu avec sa discipline et ses lois.

Le second, au contraire, se composait de treize sujets absolument insupportables. Réfractaires à toute assimilation, vivant en dehors des règles de l'asile, sinon contre elles, violents dans leurs paroles comme dans leurs actes, semant partout le désordre, ils ne cherchaient qu'à s'évader.

Je ne vous relaterai pas, Messieurs, les observations de ces treize malades semblables, d'autant plus que la cause est entendue, quant à la nécessité d'asiles spéciaux pour de tels aliénés. Ils ne sont pas à leur place

©BIUM

dans l'asile ordinaire, parce qu'il est impossible d'y neutraliser leurs tendances. La prison ne leur convient pas davantage parce que, malgré ses rigueurs, son caractère de répression, elle est complètement inefficace et incapable d'empêcher, de prévenir, à la sortie, l'exécution d'autres actes criminels. Etant sans effet, elle paraît inhumaine pour le malade, qu'elle punit, et dangereuse pour la société, qu'elle ne protège pas.

Il me suffira donc de vous donner le résumé de la vie d'un aliéné criminel difficile, qui représente en quelque sorte le modèle du genre. Il s'agit d'un individu de vingt-cinq ans, B..., présentant de nombreux stigmates physiques de dégénérescence (asymétrie faciale, strabisme, voûte palatine ogivale, hypospadias). Il avoue avoir commis deux incendies, une tentative de meurtre, actes qui ont motivé son entrée à l'asile. Mais son passé criminel n'est pas entièrement connu. Etre antisocial par essence, aliéné criminel-né, constitutionnel, obéissant à ses tendances naturelles, B... profita, en effet, de ses dispositions pour s'affilier à une bande d'apaches, où il reconnaît s'être distingué par des méfaits qu'il ne précise pas.

A l'asile, il s'est toujours montré difficile à tous égards. Menaçant son entourage, frappant parfois, B... n'a aucun sens moral. Il commet ses crimes ou délits avec une facilité effrayante, sans en garder le moindre remords. La peur du gendarme ne l'inquiète même pas. Quelque temps après son entrée, il devient moins difficile, plus doux, plus conciliant, tout cela pour s'évader un beau jour.

Voilà donc un aliéné criminel qui présente la plupart des qualités requises pour les aliénés difficiles, qui se conduit, dans l'asile, comme ces derniers, dont il ne se distingue que par la notion d'un acte criminel accompli et connu, par une nocuité qui a fait ses preuves. Les aliénés criminels difficiles sont les plus difficiles de tous les aliénés difficiles.

Aussi, en l'état actuel des choses, où rien n'existe et n'est près d'exister pour les aliénés criminels, conviendrait-il de réserver aux aliénés criminels difficiles une certaine place dans l'asile dont M. Colin, avec sa compétence, son autorité particulière, est le chef.

©BIUM

M. Colin. — Mon ami le Dr Pactet vient de dégager d'une façon lumineuse les points qui, dans la dernière séance, avaient semblé prêter à une certaine confusion, et je suis entièrement d'accord avec lui.

Quels résultats obtiendra-t-on du nouvel établissement ? Vous comprendrez que je ne puisse les prévoir, et c'est là, comme je l'indiquais au début de ma dernière communication, le défaut de ces débats, peut-être prématurés, sur un organisme qui n'a pas encore fonctionné. Prenons, par exemple, la question du travail ; il est bien évident que je suis dans l'impossibilité absolue de vous indiquer dans quel sens elle sera résolue, le travail, jusqu'à présent, n'ayant pas été organisé. Je devrai, pour ma part, m'efforcer de mettre à profit l'expérience que j'ai pu acquérir à Gaillon.

Un mot encore. Les services analogues à celui qu'on est en train de construire seront, à mon sens, toujours limités aux asiles des grandes villes, les seules où l'on puisse trouver, en nombre suffisant, les pensionnaires qui leur sont destinés.

La sous-commission que vous avez nommée à votre dernière séance a élaboré un texte susceptible d'être incorporé dans la loi nouvelle et qui réglerait d'une façon définitive les conditions d'entrée et de sortie de cette catégorie de malades, et cela pour le plus grand bien du médecin et des agents du personnel qui se trouveront en contact avec eux. Je demanderai à M. le Secrétaire de bien vouloir nous en donner lecture.

M. Briand. — Je rappelle les excellents résultats obtenus naguère par M. Colin dans le service d'aliénés criminels qu'il avait organisé et qu'il dirigeait à Gaillon. La preuve a déjà été fournie par M. Colin de ce qu'on peut obtenir, sans employer des moyens barbares, des criminels les plus malfaisants et les plus dangereux. J'insiste sur ce fait qu'il faut absolument distinguer et séparer les aliénés difficiles des délirants criminels et, pour moi, les établissements destinés aux aliénés devraient comprendre :

1° Des asiles de traitement pour psychoses aiguës ;
2° Des asiles pour aliénés chroniques ;
3° Des asiles pour aliénés difficiles ;
4° Des asiles pour aliénés criminels.

©BIUM

M. VIGOUROUX donne lecture du vœu émis par la Commission nommée dans la précédente séance :

« La Société médico-psychologique de Paris, considérant que dans l'intérêt des aliénés traités dans les asiles et afin que les asiles, ces hôpitaux de traitement des maladies mentales, puissent se rapprocher, dans la mesure du possible, des hôpitaux ordinaires, il importe que les asiles soient déchargés des malades particulièrement dangereux en raison de leurs tendances aux réactions violentes, ainsi que des aliénés difficiles qui comptent souvent plusieurs internements et dont le caractère indiscipliné et les tendances perverses sont une cause permanente de troubles pour les autres malades et pour le fonctionnement des services, présente à la Commission sénatoriale chargée d'étudier le projet du Dr Dubief sur la loi des aliénés le vœu que les modifications suivantes soient introduites dans le projet :

« 1° Que dans l'article 2 du projet de loi il soit prévu des quartiers spéciaux destinés aux aliénés difficiles en même temps que des asiles spéciaux destinés au traitement des arriérés, épileptiques et alcooliques ;

« 2° Que les dispositions de l'article 40 concernant la sortie des aliénés criminels soient applicables aux aliénés difficiles ;

« 3° Qu'au paragraphe I de l'article 39 énumérant les catégories de malades pouvant être placés dans les asiles de sûreté il soit ajouté :

« Les aliénés qui n'ayant pas commis d'actes qualifiés crimes ou délits contre les personnes sont déclarés particulièrement dangereux par un rapport motivé de médecin en raison de leurs tendances aux réactions violentes ;

« 4° Que dans l'article 35 ainsi conçu :

« Les individus de l'un ou l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles *de plus d'un an et un jour* d'emprisonnement qui sont reconnus épileptiques ou aliénés..... sont retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté;

« Les mots : de plus d'un an et un jour d'emprisonnement soient supprimés. »

©BIUM

Après une courte discussion, la Société décide que ce vœu sera imprimé, distribué et soumis au vote, à la prochaine séance.

Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés.

DISCUSSION

M. JUQUELIER. — Messieurs, je viens, au nom de M. Vigouroux et au mien, communiquer *un cas de délire de persécution sans hallucinations.*

A la séance de janvier, MM. Pactet et Courbon ont communiqué les observations de deux persécutés chez lesquels le délire, pur de toute hallucination, s'est formé et développé exclusivement par des interprétations de faits réels.

Mais l'interprétation, dit M. Pactet, est un phénomène banal dépourvu de tout caractère spécifique, puisque sans elle aucun délire systématisé ne peut s'établir : justifie-t-elle donc la création d'une entité clinique spéciale?

Qu'on se contente de noter, dans des cas analogues à ceux de MM. Pactet et Courbon, l'absence de troubles sensoriels, ou que, s'appuyant sur les caractères particuliers de l'interprétation dans les mêmes cas, on les désigne sous le nom de psychoses à base d'interprétations délirantes, il est un point à propos duquel nous avons désiré obtenir quelques éclaircissements des auteurs adoptant cette dernière dénomination : c'est le diagnostic différentiel entre la psychose à base d'interprétations et le délire des persécutés persécuteurs.

Voici, en effet, l'essentiel d'une observation qui nous laisse à cet égard dans l'incertitude.

Délire de persécution à base d'interprétations délirantes. Tendances persécutrices. Sortie par amélioration, après évasion et réintégration.

G..., Charles, mécanicien, entre à l'asile de Vaucluse à l'âge de quarante ans, le 2 mars 1901. C'est un homme bien constitué quoique amaigri, ne présentant d'autre trouble somatique

©BIUM

qu'un peu d'emphysème pulmonaire. La motilité, la sensibilité et la réflectivité sont normales. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Il existe un léger degré de strabisme convergent. Le malade est parfaitement orienté et d'attitude correcte. Il s'exprime clairement, et les renseignements qu'il nous a progressivement donnés sont très suffisants pour nous permettre de reconstituer son histoire.

Bien que nous devions faire à cet égard les plus expresses réserves, G... ne nous signale rien de suspect au point de vue psychopathique dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, il a toujours eu une excellente santé ; la seule affection sérieuse dont il ait le souvenir est une blennorragie contractée en 1898, à l'âge de trente-six ans, lorsqu'il était déjà séparé de sa femme. Il ne paraît pas avoir fait d'excès alcooliques et n'a pas de signes d'intoxication chronique. Il s'est marié à vingt-quatre ans. Sa femme a eu sept grossesses à terme, pas de fausses couches ; actuellement, six enfants sont vivants et physiquement bien portants (le cinquième est mort dans la première enfance d'une affection aiguë), mais les deux aînés et le sixième sont sourds-muets. En l'absence de tout renseignement sur l'hérédité de notre malade, ce fait nous a paru devoir être noté.

En 1894, le malade, âgé de trente-deux ans, travaillait à F... (Lot-et-Garonne), dans une grande usine métallurgique dont un chef d'atelier, le père de sa femme, lui avait facilité l'entrée. Il avait auparavant été employé comme ajusteur mécanicien à Paris et dans les environs, et au moment de son arrivée à F..., le directeur de l'usine l'avait engagé à « renoncer aux idées révolutionnaires en faveur dans les milieux d'où il venait » et à imiter l'exemple de son beau-père, estimé de tous pour son activité et sa bonne conduite. Dans ce premier incident sans importance, le malade devait voir plus tard une menace ou tout au moins une allusion aux persécutions de l'avenir.

Peut-être avant de s'installer auprès de ses beaux-parents, le malade avait-il déjà changé deux ou trois fois de séjour sous l'influence de ce vague malaise, précédant chez les persécutés la période de délire confirmé ; mais c'est à F... qu'il établit la genèse de ses ennuis. A F..., en effet, la vie d'atelier ne tarde pas à devenir impossible. G... se croit tracassé et raillé par ses camarades d'atelier et par son contre-maître. Un jour que ce dernier lui fait une observation un peu vive, G... s'emporte et le gifle, il doit quitter l'usine : cependant, par égard pour son beau-père, il n'est pas abandonné par la Société métallurgique qui l'aide à s'établir comme forgeron dans le pays. Mais, sans doute à cause de son caractère difficile, il éloigne les pratiques ; au bout d'une année, les affaires périclitant, il s'imagine que

©BIUM

cette tentative lui a été inspirée par son beau-père, sûr d'avance de l'échec, et désirant le rendre plus soumis, en lui démontrant l'impossibilité de réussir par ses propres moyens. Le chef d'atelier n'a-t-il pas autrefois reproché à son gendre d'être trop indépendant? Aigri par les mauvaises affaires, G... supporte mal les observations et les conseils de sa femme, qu'il range parmi ses ennemis, il se dispose à se séparer de sa famille et à aller chercher fortune loin de ses persécuteurs. Ces derniers, en réalité très bien disposés à l'égard de G..., essayent de le faire revenir sur sa décision. Les directeurs de l'usine de F... interviennent : « Vous en verrez de dures », lui dit-on; mais tous les conseils, toutes les craintes exprimées au sujet de l'avenir ne servent qu'à aggraver la situation, car l'intéressé y verra autant de menaces émanant de personnes décidées à le faire souffrir s'il ne veut se soumettre.

Lorsqu'il aura quitté sa famille, il aura connaissance d'un jugement le séparant de sa femme, à laquelle est confiée la garde des enfants. Si cette décision, fort justifiée, a été prise, c'est, croit-il, parce que la justice fait contre lui le jeu de ses anciens patrons et de son beau-père.

Dès qu'il est installé à Angoulême, les tracasseries recommencent et l'obligent à changer d'atelier à plusieurs reprises; toujours il semble bien que le malade interprète des faits réels et non des hallucinations. Il est parfois sans ressources : ici on lui demande avec trop d'insistance des renseignements sur sa famille et sur ce qu'il a fait autrefois. Il s'en va sans être embauché parce qu'on le connaît : là, des camarades de travail se moquent de lui, il surprend des signes, des allusions injurieuses (quoique voilées) à sa situation. Ailleurs, il se prend de querelle avec un ouvrier qui le frappe, et contre qui il porte plainte, mais cette plainte n'aboutit pas. Un dimanche, il est dans un café des environs d'Angoulême, où un monsieur blâme très haut les théories socialistes en le regardant avec insistance; il s'informe. Ce monsieur est le frère d'un des administrateurs de F... Il est sûr d'avoir été traqué par ses ennemis et quitte la ville. D'ailleurs, dans l'hôtel où il logeait, il s'était plaint que les bruits de l'office l'empêchaient de dormir. « Partout où vous irez, lui répondit-on, ce sera la même chose, sinon pire ». Cette réflexion d'hôtelier qui défend sa maison est considérée par G... comme une nouvelle preuve qu'une persécution systématique le rendra malheureux partout où il ira. A La Rochelle, il quitte un restaurant parce que des clients suspendent leur conversation dès qu'il entre ou lui témoignent de la malveillance. Puis, un jeune homme avec qui il s'est lié, et qui sans doute a appris de lui ses tribulations, lui déclare un jour au cours d'une discussion, « qu'il n'a que ce qu'il mérite et que son beau-père a

©BIUM

eu raison contre lui ». Il est donc toujours surveillé et signalé par ses ennemis partout où il passe. Il rencontre enfin, à Libourne et à Bordeaux, le même ouvrier, qui lui cherche querelle et l'injurie. Cet homme ne peut être qu'un envoyé des persécuteurs de la Société de F...

Cette vie errante dure plus de cinq années, de 1895 à la fin de 1900. G... n'a plus qu'une ressource : aller à Paris porter plainte. Il arrive à Paris sans un sou, il demande une audience au procureur de la République. Cette audience lui est refusée ; il se présente au Dépôt, où on ne veut pas l'arrêter. Pour attirer l'attention sur lui, il casse les vitres d'un réverbère et n'obtient que vingt jours de prison. A peine relâché, il recommence, est de nouveau condamné, subit sa peine et recommence encore. Cette fois, il est examiné par M. Dubuisson et dirigé sur l'asile Sainte-Anne.

Transféré à Vaucluse, le malade est correct. Il réclame sa mise en liberté avec calme, mais avec beaucoup d'insistance, et consent à travailler pour démontrer « qu'il n'est pas fou ». C'est d'ailleurs un mécanicien habile. Il ne livre que petit à petit tous les renseignements dont nous nous sommes servis pour rédiger cette observation, car « on connaît son histoire : il l'a déjà racontée, il ne parlera que devant un avocat ». Cependant, il n'est pas à proprement dire réticent, il dévoile à chaque entretien quelque aspect de son délire. Est-ce un persécuté-persécuteur? Il considère son beau-père comme l'auteur de toutes ses misères. Il veut lui demander compte des menées qui l'ont séparé de sa femme et de ses enfants, et qui l'ont empêché de gagner sa vie. Mais il a l'intention de s'adresser aux magistrats et ne paraît pas désireux de se faire justice lui-même. C'est uniquement pour attirer l'attention sur lui qu'il a brisé des vitres dans la rue.

Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, le malade ne manifesta jamais de troubles sensoriels et ne fit pas d'interprétations dans son voisinage immédiat. Il se contentait d'accuser ses premiers persécuteurs de s'opposer à sa sortie. Au bout d'un an (avril 1902), il réussit à s'évader. Il trouva immédiatement du travail à Dourdan et fut occupé pendant trois semaines sans avoir d'ennuis. Il résolut donc de faire régulariser sa situation, et s'étant spontanément présenté à l'infirmerie spéciale, il fut ramené à l'asile le 10 mai, consentant à se soumettre à une nouvelle observation. Le 25 mai, il faisait l'objet du certificat de quinzaine suivant : « Dégénérescence mentale avec idées de persécution et interprétations délirantes. Evadé le 12 avril 1902, il a travaillé à Dourdan, et s'est rendu à Paris de lui-même pour obtenir sa sortie... Bien qu'il n'ait pas complètement renoncé à ses idées anciennes, comme il ne s'est pas montré

©BIUM

dangereux pour la sécurité publique, qu'il n'a pas d'hallucinations, il pourra bientôt être mis en liberté. »

G... sortit en effet régulièrement de l'asile de Vaucluse le 4 juin 1902, convaincu qu'il avait été longtemps l'objet de persécutions de la part de son beau-père et des administrateurs de l'usine de F..., mais calme, paraissant décidé à gagner sa vie sans se préoccuper du passé.

Voilà donc un malade chez lequel a évolué un délire systématisé sans aucune hallucination. Ce délire s'est développé exclusivement à l'aide d'interprétations délirantes, et a été marqué par des tendances persécutrices.

Un premier point sur lequel nous désirons attirer l'attention, c'est que non seulement l'affaiblissement intellectuel n'a pas été la conséquence du délire, mais que sous l'influence du séjour à l'asile, il y a eu sinon guérison, mais du moins accalmie telle que notre malade a pu reprendre sa place dans la société.

Ce cas n'est pas exceptionnel, et montre que si l'on veut se baser sur l'évolution pour classer les délires systématisés, il faut établir à côté des délires rapidement démentiels et des délires évoluant sans affaiblissement du niveau psychique, une catégorie de délires susceptibles d'amélioration. Mais, a-t-on le droit d'invoquer dans la classification des délires systématisés la différence d'évolution comme un argument de première importance? Il ne nous semble pas que la plus ou moins grande gravité d'une affection mentale ou organique implique une différence d'espèce entre des formes cliniques plus ou moins sévères.

Quoi qu'il en soit, à quelle variété d'une des classifications des délires systématisés appartient le délire de notre malade?

Lors de son passage à l'admission, M. Magnan l'a considéré comme un persécuté persécuteur, et nous avons d'abord porté ce même diagnostic. Devons-nous, depuis les travaux de MM. Sérieux et Capgras, réformer ce diagnostic et considérer G... comme atteint de psychose à base d'interprétations délirantes? Pendant plus de sept ans notre malade a poursuivi un but unique : échapper aux persécutions de la Société de métallurgie qui tendaient à le faire rentrer sous l'autorité de son beau-père. Pendant plus de sept ans, il a parcouru la France,

©BIUM

interprétant dans le sens de son délire les événements les plus divers, englobant successivement dans son système délirant les ouvriers qui travaillaient à ses côtés, les logeurs, les consommateurs, etc... Enfin, pour obtenir vengeance par la voie des tribunaux et attirer l'attention sur son malheureux sort, il casse des vitres, va deux fois en prison, et comme il récidive encore, il est envoyé à l'asile.

En résumé, c'est un persécuté systématique, de qui le délire est à base d'interprétations délirantes et de qui l'activité intellectuelle et la lucidité sont intactes. Le délire des persécutés persécuteurs, disent MM. Sérieux et Capgras, repose sur une idée obsédante : ces malades sont plus des obsédés que des délirants et agissent plus qu'ils ne délirent. Ces signes sont-ils suffisants pour assurer le diagnostic? Peut-on dire que l'idée directrice du délire de notre malade (la persécution dirigée contre lui par la Société métallurgique) est une idée obsédante? C'est une idée impérieuse, à tendance exclusive, qui a occupé le plus souvent son esprit et qui a présidé à la genèse d'interprétations délirantes à l'occasion des faits les plus divers. Mais ce n'est pas une idée obsédante au sens clinique aujourd'hui donné à ce terme. Elle est dans l'esprit du malade qui l'accepte et l'entretient *sans lutte et sans angoisse* comme une bonne explication de son état de persécuté.

Nous ne voyons pas en quoi les conceptions, délirantes de notre malade diffèrent des conceptions, peut-être plus mobiles et plus absurdes, des malades de MM. Sérieux et Capgras, et nous avouons ne pas saisir la différence *essentielle* qui sépare les malades atteints de psychose à base d'interprétations délirantes des persécutés persécuteurs. Il nous semble que, de même que la richesse et la suite logique des interprétations sont en rapport avec le niveau intellectuel du malade, les réactions plus ou moins violentes de celui-ci sont en rapport avec son caractère antérieur à l'éclosion du délire.

M. Dupré. — Je ne vois pas l'intérêt qu'il y aurait à établir une distinction nosologique entre le délire des persécutés persécuteurs et la psychose à base d'interprétations délirantes.

En ce qui concerne l'idée dite obsédante des persé-

©BIUM

cutés persécuteurs, j'estime qu'il y aurait intérêt, pour éviter toute confusion possible, de remplacer ce terme par celui « d'idée prévalente ».

M. VALLON. — Je ne conçois pas de différences entre le délire des persécutés persécuteurs et la psychose à base d'interprétations délirantes.

M. DENY. — J'accepte volontiers la substitution du terme d'idées « prévalentes » que vient de proposer M. Dupré, à celui d'idées « obsédantes » employé par M. Camus et par moi pour caractériser la variété de délires systématisés chroniques dans laquelle rentre la « folie des persécutés-persécuteurs ». Nous nous étions servis, en effet, du terme « idées obsédantes » dans le sens qui lui a été attribué par M. Magnan d'idées impérieuses, irrésistibles, mais manifestement *délirantes*, c'est-à-dire pour le triomphe desquelles le malade lutte au lieu de chercher à s'en débarrasser, comme lorsqu'il s'agit d'obsessions véritables. Or, ces caractères appartiennent également aux idées qu'en Allemagne on désigne souvent sous le nom de « prévalentes ».

Je suis tout prêt également à admettre avec M. Pactet que des interprétations fausses ou erronées entrent dans la constitution de tous les délires systématisés chroniques et même de délires dépourvus de systématisation, mais elles n'y entrent pas avec le même degré de fréquence et n'y présentent pas les mêmes caractères.

Tantôt, en effet, ces interprétations fausses se développent à l'occasion de croyances, d'idées, de convictions, absurdes, déraisonnables ou simplement dénuées de fondement; tantôt elles ont pour substratum des troubles sensitivo-sensoriels (illusions ou hallucinations) ou des altérations de la cénesthésie. Dans ces divers cas, les interprétations délirantes ne sont habituellement ni très nombreuses ni permanentes; elles sont en quelque sorte au second plan de la scène morbide. Dans le délire d'interprétations de MM. Sérieux et Capgras, au contraire, elles constituent à elles seules presque tout le tableau clinique, parce qu'elles surgissent en foule à l'occasion des moindres impressions sensorielles, sensitives ou cénesthésiques. En outre, au lieu d'être imaginaires (hallucinations) ou déformées

©BIUM

(illusions), comme dans certaines variétés de délires systématisés chroniques, ces impressions sensitivo-sensorielles sont toujours réelles et exactement perçues.

En un mot, comme l'a établi autrefois Baillarger, les interprétations délirantes sont dans l'espèce *des faux jugements basés sur des sensations externes ou internes parfaitement réelles et généralement normales.*

Ainsi, en s'appuyant uniquement sur les caractères intrinsèques des interprétations, abstraction faite des autres éléments de différenciation formulés par MM. Sérieux et Capgras, il est relativement facile, au moins dans les cas fortement accusés, de distinguer la psychose à base d'interprétations des autres variétés de délires systématisés chroniques.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1904.

Archives de neurologie.

I. — *Contribution à l'étude de la démence catatonique*; par le Dr W.-A. Mouratoff (numéro de janvier). — Deux opinions ont cours, depuis Kahlbaum, sur la signification et sur l'importance de la catatonie : il s'agit, pour les uns, d'une affection autonome; pour d'autres, d'une simple complication d'une forme mentale quelconque. Nous croyons qu'il sera malaisé, à qui se sera donné la peine de lire le travail de M. Mouratoff, de dire à laquelle de ces deux opinions se range cet auteur. Des trois observations personnelles qu'il rapporte, les deux premières sont considérées par lui comme des types de catatonie entité morbide; pour l'une — catatonie progressive — il établit le diagnostic différentiel avec la démence secondaire à la mélancolie, avec l'amentia præcox de Meynert, avec la démence précoce; il distingue la deuxième — catatonie rémittente — de la psychose périodique et de la démence précoce. Par contre, il intitule la troisième observation : démence précoce compliquée de catatonie; et il la fait suivre de longues considérations et de copieux commentaires, le tout pour aboutir à cette conclusion, qui ne surprendra personne, à savoir : que la question ne comporte pas, « pour le moment, de réponse définie » et doit être l'objet de nouvelles études.

II. — *Epilepsie : pathogénie et indications thérapeutiques;* par le Dr Alexandre Paris (numéros de février, de mars et de novembre). — Parti d'un fait d'observation banale : l'influence suspensive de certaines maladies infectieuses sur l'épilepsie, M. Paris a abouti à une conception personnelle et à une théorie pour le moins originale de la névrose des comitiaux; il en est

©BIUM

venu, en effet, à se convaincre que, dans la genèse de l'épilepsie, le rôle essentiel, primordial, est dévolu à..... la glande thyroïde.

De prime abord, l'idée peut paraître imprévue. Et cependant, en sa faveur, M. Paris invoque et accumule une telle abondance de faits et d'arguments qu'on se demande s'il ne faut pas s'étonner, au contraire, qu'elle n'ait pas attiré et retenu plus tôt l'attention. Parmi ces faits et parmi ces arguments, voici, dans l'ordre où les énumère M. Paris, ceux qui lui paraissent les mieux établis ou les plus importants : rareté du goitre chez les épileptiques adolescents ou jeunes adultes, son influence modératrice sur l'épilepsie ; — distribution géographique différente du goitre, du crétinisme et de l'épilepsie : les régions les plus fertiles en épileptiques sont stériles, ou à peu près, en goitreux ou crétins, et réciproquement ; — association jamais rencontrée du crétinisme pur et de l'épilepsie franche ; — ascendance différente chez le crétin et chez l'épileptique ; — puberté et arrêt de développement du crétin ; au contraire, impulsion donnée au développement de l'épileptique ; — mentalités opposées du crétin et de l'épileptique ; — longévité différente de l'un et de l'autre ; — frigidité naturelle chez l'un, excitation génésique relative chez l'autre ; — épilepsie moins grave des sujets goitreux ; — aggravation de l'épilepsie par ingestion de corps thyroïde frais ou de thyroïdine, etc., etc.....

Que si, d'ailleurs, comme n'a pas manqué de le faire M. Paris, l'on interroge la littérature médicale, la physiologie, la chirurgie, on trouvera là encore la confirmation de tous les enseignements déjà fournis par la seule observation clinique.

Donc, il y a rapports, et rapports étroits, entre la glande thyroïde et l'épilepsie. Reste à définir ces rapports et à en préciser la nature.

Supposons, dit M. Paris, un système nerveux, par essence ou par accident, tout particulièrement impressionnable et sensible. Soit, d'autre part, pour cause d'hyperactivité fonctionnelle ou d'élimination insuffisante, une accumulation anormale dans l'organisme des produits excitateurs des centres nerveux sécrétés par la glande thyroïde. Le résultat sera : « une disproportion » entre l'organe excité et son stimulant habituel. Et l'expression de cette disproportion : une manifestation épileptique, attaque, vertige, absence, trouble intellectuel ou moral.

« La pathogénie de l'épilepsie nous apparaît donc désormais

très simple, et elle nous apporte, ajoute M. Paris, de précieuses indications thérapeutiques. »

« Le but à atteindre pour guérir l'épilepsie ne semble plus, en effet, très éloigné, puisque nous connaissons les conditions à réaliser :

« 1° Diminution de l'impressionnabilité méningo-encéphalique ;

« 2° Modération de l'activité fonctionnelle du corps thyroïde ;

« 3° Elimination régulière de ses sécrétions ;

« 4° Ecart de toutes les causes complémentaires d'excitence méningo-encéphalique, développement ou accumulation accidentels de toxines, etc..... »

Pour remplir ce programme, voici maintenant les moyens préconisés par M. Paris : en première ligne, le bromure de potassium associé au trional ; le camphre et le lupulin pour remplir la deuxième indication ; les laxatifs et le benzoate de lithine, qui opèrent un véritable « lavage du sang » ; enfin, une hygiène physique, intellectuelle et morale, minutieuse et sévère.

Et M. Paris nous assure avoir obtenu de ce traitement les meilleurs résultats.

III. — *Un nouveau cas de paralysie générale conjugale* ; par le Dr A. Cullerre (numéro de février). — Syphilis probable, mais non avérée. Pas d'autopsie.

IV. — *L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux* ; par les Drs Kéraval et Danjean (numéro de mars). — 41 observations de paralytiques générales. Fond de l'œil normal dans 4 cas, à peu près normal dans 9 cas, nettement anormal dans 21 cas : bords papillaires imprécis, 3 fois ; papilles floues, 7 fois ; atrophie papillaire en voie d'évolution, 11 fois. — Dans 7 cas, enfin, on a noté des lésions du fond de l'œil indépendantes de la maladie cérébrale dont les malades étaient affectées.

V. — *Des signes oculaires dans la paralysie générale* ; par le Dr A. Joffroy (numéro de mai). — Sur 227 paralytiques, dont l'examen oculaire a été pratiqué au moment de leur entrée à la clinique de Sainte-Anne, 212 ont été trouvés atteints de troubles oculaires.

Les troubles iriens sont de beaucoup les plus fréquents, et l'iris peut présenter des modifications dans ses dimensions, dans sa forme, dans sa motilité.

©BIUM

On a noté : 144 fois de l'inégalité pupillaire; 26 fois une mydriase complète double; 29 fois un myosis extrême; dans 125 cas, une déformation des contours pupillaires; 171 fois, l'abolition ou la diminution du réflexe lumineux; 56 fois seulement, celle du réflexe accommodateur. Le signe d'Argyll Robertson est donc fréquent, et l'on peut assister souvent à son installation progressive.

Quant à l'accommodation elle-même, elle ne serait, d'après M. Joffroy, que très rarement atteinte; sa perte ne serait que tout à fait exceptionnelle et ne se produirait qu'à une période avancée de la maladie.

38 fois, sur 227 malades, ont été relevées des lésions de la musculature externe de l'œil (ptosis, paralysie de la 3e ou de la 4e paire, nystagmus, spasmes de l'orbiculaire).

Les altérations du fond de l'œil seraient plus rares : 27 sur 227 malades, soit 12 p. 100; nous sommes loin de la proportion donnée par Kéraval et Raviart au Congrès de Grenoble : 82 p. 100.

Enfin, le champ visuel, que Regnikow déclare modifié chez les paralytiques généraux, a toujours été trouvé normal à la clinique de M. Joffroy.

VI. — *Un cas de forme fruste de démence précoce*; par le Dr Masselon (numéro de juin). — Il s'agit d'un homme de quarante ans, qui, d'un premier accès délirant à forme de confusion mentale hallucinatoire survenu à l'âge de vingt-quatre ans, conserva un affaiblissement intellectuel lentement progressif avec aboulie, indifférence émotionnelle, tendance à l'isolement, diminution notable dans la capacité de travail. Douze ans plus tard, vint se greffer sur ce fonds mental un nouvel épisode délirant, qui laissa lui-même à sa suite un affaiblissement intellectuel encore plus marqué. Pas au point, cependant, qu'un tel malade n'ait pu en imposer à un examen superficiel ou à un observateur non prévenu. Au moment où se termine son observation, le sujet de M. Masselon ne présente plus, en effet, ni conceptions délirantes, ni confusion mentale, ni imprécision des idées : « Il ne paraît pas avoir de troubles de la mémoire, il n'est pas désorienté, sait parfaitement où il est, se rend un compte exact du milieu, sait tout ce qui s'y passe, n'a aucun trouble de la notion du temps. Très cohérent, ses idées bien systématisées, il analyse très bien son état, il est capable de remarques *justes et fines* sur lui-même et sur les choses qui l'entourent. » Seule, une analyse psychologique subtile, à l'aide

©BIUM

de la méthode des tests, et aussi la notion de l'état mental antérieur au premier accès permettent de mesurer l'importance d'un déficit intellectuel, qui ne frappe pas de prime abord.

M. Masselon se refuse à voir dans son malade un mélancolique, non plus qu'un neurasthénique, encore moins un dégénéré. Ce ne peut être, à son avis, qu'un de ces cas frustes de démence précoce, sur lesquels a déjà insisté Aschaffenburg.

M. Masselon ne croit pas que les faits de ce genre soient rares : la plupart des travailleurs de nos asiles ne se recrutent-ils pas parmi ces déments précoces, frustes ou avérés? Et n'est-ce pas là une clientèle toute trouvée pour les colonies familiales ou les futurs asiles-colonies?

Aussi bien — et M. Masselon n'entend émettre ici qu'une hypothèse — le travail est-il pour ces malades la meilleure garantie contre la déchéance intellectuelle plus profonde qui menace bon nombre d'entre eux.

VII. — *Des paralytiques généraux persécutés et dangereux*; par Pasturel (numéro de juin). — Trois observations de paralytiques généraux avec idées de persécution et réactions violentes.

VIII. — *Médiumnité délirante*; par les Drs Paul Sollier et François Boissier (numéros de juillet et août). — Les troubles mentaux en rapport avec le spiritisme peuvent, d'après les auteurs, se présenter sous trois modalités différentes :

1° Il peut s'agir d'un délire vésanique revêtant la forme médianimique et constituant sous cette forme toute la maladie ;

2° Le délire médianimique n'est que le début d'une psychose grave qui, dans la suite, revêt une forme différente;

3° Un délire vésanique de forme quelconque peut venir compliquer un cas de médiumnité ordinaire durant depuis un temps plus ou moins long.

Les deux observations que rapportent MM. Sollier et Boissier rentrent respectivement dans les deux premières catégories établies par ces auteurs.

La première, extrêmement détaillée et fort curieuse à lire, a trait à une malade dont la symptomatologie délirante fut d'une richesse et d'une variété rares : phénomènes hallucinatoires verbaux, psychomoteurs, typtologiques et graphomoteurs ; spécialités médianimiques diverses : tables tournantes, typtologie mentale intérieure, messages écrits et parlés, dessins, révélations inspirées, adoption d'un esprit téléologique ; apostolat et mission morale réformatrice; tendances mystiques avec

©BIUM

érotisme, théomanie raisonnante, tels sont les principaux éléments — ce ne sont pas les seuls — du complexus clinique qu'elle présenta.

La deuxième observation, plus fruste, montre surtout les dangers du spiritisme et la possibilité des délires graves consécutivement aux pratiques d'occultisme : le malade qui en fait l'objet, héréditaire, phobique, réalisa après initiation spirite, un délire vésanique au cours duquel, obéissant à des hallucinations théomaniaques impératives, il se livra à plusieurs reprises à des tentatives de suicide et d'homicide.

Au point de vue doctrinal, MM. Sollier et Boissier pensent qu'il faut rapprocher les délirants spirites des démonomanes, avec lesquels, joints aux théomanes raisonnants, ils constitueraient la grande famille des délirants mystiques.

IX. — *Sur les modifications craniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales* (*hémiplégie infantile*); par le Dr G. Paul-Boncour (numéro de juillet). — Les principales de ces modifications consistent en : l'épaississement de l'hémicrâne correspondant à l'hémisphère lésé, la scoliose de la partie médiane de la base cranienne depuis le corps du sphénoïde jusques et y compris la crête endo-frontale, la déviation et la déformation de l'apophyse crista-galli, l'asymétrie du corps du sphénoïde, le déplacement en arrière du rocher du côté sain. Et le mécanisme doit en être cherché dans les différences de pression intra-cranienne produites par le développement inégal des deux hémisphères.

X. — *Note sur la fréquence et la distribution des nævi chez les aliénés*; par le Dr Ch. Féré et Mlle Mouroux (numéro de septembre). — Les lésions cutanées décrites sous les noms de : taches pigmentaires, taches érectiles, nævi, molluscums, verrues molles, etc., sont fréquentes chez les aliénés. Sur 349 malades, examinés à ce point de vue et suivis pendant six années consécutives dans une section de Bicêtre, 10 seulement en ont été reconnus exempts ; 279, qui en étaient porteurs à leur entrée, les ont vues augmenter de nombre pendant leur séjour et certains en ont présenté une véritable flore : c'est ainsi qu'on a noté 71 taches pigmentaires chez un épileptique, 25 taches pigmentaires, 8 taches érectiles et 2 verrues molles chez un persécuté.

Le siège de ces productions cutanées serait, par ordre de fréquence : tronc, membres supérieurs, abdomen, tête, membres inférieurs.

©BIUM

La disparition des nævi doit être considérée comme très rare et leur apparition n'aurait pas, d'après les auteurs, l'importance diagnostique qu'avaient voulu lui attribuer Trélat pour les tumeurs malignes et M. Bouchard pour les affections du foie.

XI. — *La phobie du regard*; par P. Hartenberg (numéro de septembre). — Le phobique du regard redoute essentiellement d'exposer sa personne aux regards étrangers : chaque fois qu'il doit paraître en public, affronter la vue de plusieurs ou même d'un seul de ses semblables, il éprouve un sentiment pénible de malaise et de gêne. Mais il est une partie du corps dont l'exposition lui est particulièrement pénible : c'est la face. Et dans sa face même, il est une région infiniment sensible : ce sont les yeux. Les conséquences d'une telle phobie, on les prévoit sans peine, et les deux observations qu'en donne M. Hartenberg montrent jusqu'à quel point elle peut bouleverser toute l'existence.

Au point de vue nosologique, la phobie du regard doit être considérée comme une peur morbide, greffée sur un état mental de timidité, à la façon de la phobie de la rougeur; mais elle doit être distinguée de l'éreutrophobie : les phobiques du regard en effet rougissent rarement, et, en tout cas, ne craignent point de rougir. La phobie du regard est une forme particulière de la classe des phobies sociales, et, comme telle, elle mérite d'être décrite à part.

XII. — *Obsessions et vie sexuelle*; par E. Marandon de Montyel (numéro d'octobre). — Trois observations destinées, dans l'esprit de leur auteur, à démontrer que la théorie de Freud sur l'étiologie sexuelle de la névrose d'angoisse n'est exacte que pour partie. D'après M. Marandon de Montyel il n'est pas contestable que la vie sexuelle n'ait une part considérable dans la genèse de l'obsession, mais il est erroné de prétendre, comme l'a fait Freud, que cette part soit entière et que seule l'accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique puisse devenir cause du mal : tout au contraire les trois malades dont M. Marandon de Montyel rapporte longuement l'histoire péchaient plutôt, à ce point de vue, par excès.

XIII. — *Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques*; par Serge Soukhanoff (numéro d'octobre). — Observation d'un circulaire qui présenta, pendant l'une des phases mélancoliques de sa maladie, des

obsessions de contraste. C'était, congénitalement, « un scrupulo-inquiet », et, chez lui, les représentations obsédantes atteignirent un tel degré d'intensité qu'elles revêtirent bientôt un caractère nettement hallucinatoire.

XIV. — *Pyromanie et puberté. Examen médico-légal d'une femme incendiaire*; par Raoul Leroy (numéro de décembre). — Le cas de pyromanie relaté par M. Leroy lui paraît intéressant à plus d'un titre : d'abord, une double hérédité morbide ancestrale, concentrant ses tares sur la jeune malade, alors que son père est indemne et sa mère peu touchée; puis l'absence de toutes défectuosités morales et le peu d'importance des stigmates physiques; enfin l'apparition brusque de l'obsession pyromaniaque, non pas à l'installation de la puberté, mais lors des troisièmes règles, qui furent longues et abondantes. Cette dernière particularité permet à M. Leroy de supposer que le facteur anémie est venu jouer un rôle dans la rupture de l'équilibre mental de la jeune prédisposée.

XV. — *Aliénés criminels et asiles spéciaux*; par V. Bourdin (numéro de décembre). — On croyait généralement que toutes les idées avaient été émises et que toutes les opinions s'étaient fait jour sur cette éternelle question des aliénés criminels : un canevas sur lequel on avait tant et si longtemps brodé devait paraître à jamais usé. C'était, à n'en plus douter, une illusion, et M. Bourdin s'est chargé de la détruire en rouvrant ce débat réputé clos par le moyen d'aperçus d'une nouveauté incontestable et d'une indéniable originalité.

« Deux doctrines, déclare M. Bourdin, partagent les spécialistes : les uns voudraient que les aliénés criminels fussent séparés des malades ordinaires et placés dans des asiles spéciaux; les autres, qui croient voir des difficultés à ces mesures d'exception, demandent le maintien du *statu quo*. » M. Bourdin ne saurait s'attarder à discuter les arguments produits en faveur ou à l'encontre de chacune de ces deux thèses. Il a découvert, lui, à ce problème si ardu, « une solution plus humaine, en même temps que tout aussi efficace pour la sécurité générale ». Et cette solution, avec une hâte bien compréhensible, il nous la livre : c'est... *la relégation*. On a bien lu : la relégation, c'est-à-dire le transfert à vie dans une terre lointaine, mesure applicable en France, depuis la loi du 27 mai 1885, aux récidivistes ayant encouru des peines déterminées.

Par une aberration, « explicable encore en 1885, mais qui

©BIUM

n'a plus de raison d'être aujourd'hui », le législateur de l'époque avait précisément exclu de la relégation les criminels reconnus aliénés (art. 18 de la loi). C'est le contre-pied de cette disposition qu'il eût alors fallu prendre et que M. Bourdin nous propose désormais d'appliquer : dorénavant, loin d'être un empêchement, l'aliénation mentale devrait constituer pour un criminel le meilleur titre et le plus sûr à la relégation. Ne serait-ce pas d'ailleurs un moyen excellent, sinon radical, de diminuer le nombre des simulateurs, lequel, paraît-il, a subi une singulière recrudescence depuis la mise en vigueur de la loi de 1885?

Ce n'est pas tout. Il existe, de-çi de-là, sur le sol de notre vieille Europe, des colonies d'aliénés inoffensifs et incurables. « Ne pourrait-on transformer de même en colons, dans quelqu'une de nos lointaines possessions, les aliénés dangereux? Loin de la métropole, l'idée de l'évasion cesserait vite de les hanter; ils pourraient accomplir là, sous la surveillance de gardiens spéciaux, un travail utile et rémunérateur et ils jouiraient d'une liberté relative que ne leur donnera jamais l'asile spécial créé dans la mère patrie. » Il va sans dire qu'ainsi, « la relégation étant perpétuelle, la société recevrait toutes les garanties d'ordre et de sécurité qu'elle est en droit d'exiger ».

Relégation des aliénés criminels, colonies d'aliénés dangereux : M. Bourneville se devait de ne pas laisser croire aux lecteurs de sa Revue qu'il prenait à son compte et qu'il avalisait ces propositions étranges et, pour le moins, imprévues sous la plume d'un médecin, voire d'un aliéniste. Dans une note spéciale faisant suite à l'article, le rédacteur en chef des *Archives* a tenu, en inscrivant les plus expresses réserves, à dégager sa responsabilité. Personne — hormis sans doute M. Bourdin — ne s'en étonnera.

Revue de Psychiatrie.

I. — *Recherches expérimentales sur la mort dans un cas d'hémiplégie*; par les Drs N. Vaschide et Cl. Vurpas (numéro de mars). — Chez une hémiplégique qui succomba à son ictus, MM. Vaschide et Vurpas ont pu noter en détail les phases diverses de l'agonie et recueillir des tracés précis du pouls capillaire, de la respiration et du cœur. Cette étude leur a révélé les particularités suivantes, qui leur paraissent intéressantes.

©BIUM

Du côté de l'appareil moteur, ils ont observé l'existence de tremblements dans le côté sain et leur absence dans le côté paralysé; ces tremblements cessèrent d'ailleurs complètement un certain temps avant la mort.

Du côté des vaso-moteurs, les graphiques montrent : 1° la présence du pouls capillaire, plus marqué du côté hémiplégié que du côté sain dans une première phase; 2° dans une seconde phase, la disparition du pouls capillaire du côté hémiplégié avant le côté sain.

Du côté de la respiration, il y avait : 1° une inspiration profonde et régulière; 2° une expiration s'effectuant en plusieurs temps; 3° une tendance à la pause respiratoire toutes les cinq ou six respirations.

Du côté du cœur, enfin, les phénomènes relevés ont été : 1° la contraction en deux fois du premier temps (galop du cœur); 2° la continuation du galop cardiaque pendant toute l'agonie et sa persistance même après la cessation de la respiration; 3° la disparition du galop quelques instants avant la mort.

De ces constatations, MM. Vaschide et Vurpas tirent des conclusions qui gardent, à leurs propres yeux, un caractère hypothétique.

L'existence de tremblements du côté sain, leur cessation complète un certain temps avant la mort indiqueraient la mort par étapes des centres nerveux.

La disparition du pouls capillaire du côté hémiplégié avant le côté sain laisserait supposer que les vaso-moteurs du côté paralysé n'étaient plus depuis un certain temps réglés avec les centres et vivaient d'une vie propre.

L'expiration en plusieurs temps avec tendance à la fausse respiration représenterait peut-être un début de Cheyne-Stokes marquant une vie surtout bulbaire.

La continuation du galop cardiaque après la cessation de la vie proprement dite marquée par la suspension respiratoire prouverait la persistance et la résistance de la vie cardiaque.

Enfin la disparition du galop quelques instants avant la cessation définitive des battements cardiaques serait l'indice que le cœur lui aussi meurt par étapes et en plusieurs temps.

II. — *Etude psychologique sur la stéréotypie*; par le Dr G. Dromard (numéro de juillet). — C'est par une dissection très fine de la psychologie du dément précoce que M. Dromard est arrivé à établir cette définition de la stéréotypie : « une re-

©BIUM

présentation motrice privée de toute adaptation, représentation qui tend à se fixer indéfiniment et à s'extérioriser fatalement ». Mais, par cela même que toutes les considérations émises par M. Dromard sont très rigoureusement et très solidement enchaînées, son mémoire, dans sa partie originale tout au moins, ne se prête guère à l'analyse. Il faut le lire en entier dans le texte, car il est plein d'intérêt.

III. — En dehors de ces travaux originaux, *la Revue de Psychiatrie* a publié en 1904 des revues critiques dont nous donnons ici la liste :

Influence du moral sur le physique; par les Drs Toulouse et Duprat (numéro de janvier).

Démence précoce; anatomie pathologique et pathogénie; par les Drs Klippel et Lhermitte (numéro de février). — En raison de son importance doctrinale et de son caractère original, nous avons rendu compte de ce mémoire dans un article bibliographique spécial (*Ann. méd.-psych.*, numéro de novembre 1904).

Les aliénés difficiles; par le Dr Colin (numéro de mars).

De l'idée hypocondriaque; par le Dr Marchand (numéro de mai).

Le délire d'interprétation; par les Drs Sérieux et Capgras (numéro de juin).

La démence liée aux lésions circonscrites du cerveau; par le Dr Vigouroux (numéro de juillet).

L'état moteur des aliénés; par le Dr Cl. Vurpas (numéro d'août).

Les recherches de M. Rourly Vold sur les hallucinations visuelles des rêves et à l'état de veille; par le Dr N. Vaschide (numéro d'octobre).

Des hôpitaux ouverts pour maladies mentales; par le Dr A. Marie (numéro de novembre).

Recherches de psychologie scolaire et pédagogique; par le Dr H. Piéron (numéro de décembre).

Revue Neurologique.

I. — *Epilepsie paranoïde*; par le Dr Marco-Lévi Bianchini (numéro du 15 janvier). — Observation de « grand mal intellectuel » qui paraît à l'auteur curieuse et rare en raison de l'organisation des idées délirantes en délire de persécution.

II. — *Contribution à l'étude des anesthésies des organes in-*

CEIUM

ternes dans la paralysie générale ; par le Dr Serge Soukhanoff (numéro du 30 avril). — Il existe dans la paralysie générale des anesthésies profondes pouvant porter sur divers organes internes. L'auteur en relate trois observations : un accouchement facile, rapide et sans douleurs, un ulcère de l'estomac parfaitement indolore, une tuberculose pulmonaire très avancée sans toux ni expectoration. Ces anesthésies se rencontrent surtout dans la deuxième période de la maladie. Leur pathogénie paraît très complexe ; semblent y prendre part à un degré inégal: « l'élément psychique (affaiblissement de l'attention active et stupidité mentale), les qualités anesthésiques de certaines toxines de l'auto-intoxication paralytique et l'altération du caractère général de tous les centres nerveux et des nerfs périphériques ».

III. — *Sur le syndrome de Ganser ou le symptomo-complexus des réponses absurdes* ; par le Dr Serge Soukhanoff (numéro du 15 septembre). — L'auteur de cette courte note est porté à croire que le syndrome de Ganser fait partie de la catégorie des troubles hystériques ; il y voit « un trouble partiel du mécanisme logique supérieur » et reconnaît que la signification clinique de ce symptomo-complexus est loin d'être résolue définitivement.

IV. — *« Aura canora » épileptique et équivalents musicaux* ; par le Dr Marco Levi Bianchini (numéro du 30 septembre). — On connaissait déjà les « attaques de chant » équivalentes de la crise épileptique. M. Bianchini a observé deux malades chez qui l'attaque de chant, au lieu de remplacer totalement l'accès moteur, servait seulement de prélude à cet accès, constituant ainsi une aura psycho-motrice d'un genre très particulier, que l'auteur propose d'appeler « aura canora ». Comme mécanisme, cette aura canora reconnaîtrait une excitation primitive de l'écorce se projetant secondairement sur les centres de l'hypoglosse et sur les centres moteurs des muscles du larynx.

Le Progrès médical.

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde ; par les Drs Bourneville, Lemaire et Mlle Maugeret (nos 24, 25, 26, 28, 38, 39, 40 et 50). — La constatation que l'idiotie myxœdémateuse reconnaissait pour cause l'absence de glande thyroïde et, peu après, la découverte de l'opothérapie ont conduit à employer la glande thyroïde dans les cas de

©BIUM

myxœdème infantile. Les résultats obtenus par cette médication furent, on le sait, des plus encourageants. D'où, naturellement, est venue l'idée — idée que M. Bourneville a largement contribué à propager — de recourir au traitement thyroïdien pour des formes d'arrêt de développement physique, c'est-à-dire de nanisme, autres que le nanisme myxœdémateux.

D'après son observation personnelle, M. Bourneville distingue les nains en trois groupes :

1° Les nains par arrêt de développement *a*) simple, ou *b*) compliqué, soit d'infantilisme, soit d'obésité, soit de rachitisme, soit de paralysie ou de diplégie, spasmodique ou non ;

2° Les nains myxœdémateux ;

3° Les nains mongoliens.

Abstraction faite des nains diplégiques, que M. Bourneville a laissés en dehors de son expérimentation, les résultats obtenus par lui ont été les suivants :

Les myxœdémateux infantiles sont ceux qui bénéficient le plus et toujours du traitement thyroïdien. La nutrition chez eux est profondément améliorée, l'intelligence s'éveille, le système musculaire, le système osseux se développent, l'infiltration graisseuse disparaît, la peau et la sécrétion cutanée deviennent normales, la respiration, la circulation se régularisent, la bouffissure de la face, des mains et des pieds s'efface, le système pileux s'accuse progressivement, la menstruation apparaît. En un mot, l'organisme tout entier évolue vers un état physiologique qui rapproche l'enfant myxœdémateux de l'enfant normal, et ce d'autant plus que le traitement a été appliqué à un âge moins avancé.

Chez les mongoliens, l'action du traitement, bien que moins marquée, s'est montrée cependant assez nette ; cela tient sans doute, pense M. Bourneville, à ce que chez ces malades le corps thyroïde est aussi le siège de lésions souvent profondes (l'un au moins des deux examens histologiques pratiqués par M. Oberthür paraît à ce point de vue assez probant).

Les résultats seraient moins favorables et surtout moins constants dans les cas de nanisme simple ou compliqué d'infantilisme, d'obésité, de rachitisme. On trouve cependant notés dans quelques observations un « coup de fouet » donné à la croissance, en même temps que l'établissement de la puberté chez les infantiles, et une diminution de poids chez les obèses. Il paraît donc en somme légitime, il est même indiqué, de poursuivre chez eux ces essais.

©BIUM

Il y faudra toutefois des précautions ; car le traitement thyroïdien, M. Bourneville le rappelle, peut n'être pas sans inconvénients. Voici la technique suivie à Bicêtre : employer de préférence la glande thyroïde fraîche du mouton, hachée menue et mêlée soit à du bouillon, soit à un peu de confitures. En été, conserver la glande, qui s'altère facilement, dans un flacon bien bouché, contenant une couche d'acide borique cristallisé ou de sel marin ; administrer des doses variant de 0 gr. 25 à 1 gr. 75, en augmentant de 0 gr. 25 par périodes plus ou moins longues, selon l'âge des malades, les diminuant si l'enfant a plus de dix ans, les allongeant pour les plus jeunes ; donner la glande pendant trois mois, suspendre deux ou trois mois, puis recommencer ; surveiller le pouls, prendre régulièrement la température rectale, et dès que celle-ci dépasse 38 degrés, supprimer le médicament pour le reprendre quelques jours après ; noter périodiquement le poids et la taille, pour, au cas d'amaigrissement trop rapide, arrêter immédiatement le traitement ; enfin, précaution utile, faire radiographier les genoux des enfants pour s'assurer de l'état des cartilages épiphysaires : si la radiographie en démontre l'ossification, ce serait, en effet, peine perdue que d'instituer une médication vouée d'avance à l'insuccès.

Archives générales de Médecine.

I. — *Délires systématisés spirites* ; par M. le professeur Joffroy (nos 2 et 4). — Escrocs ou malades : M. Joffroy enferme les médiums dans ce dilemme. Ceux qu'il étudie dans ces leçons sont bien évidemment des malades : l'un a des interprétations délirantes multiples, l'autre présente en outre des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale ; le premier est un persécuté-persécuteur amoureux typique ; la seconde, une délirante systématisée chronique classique. Et c'est sous ces deux chefs que peuvent se ranger, d'après M. Joffroy, la plupart des cas de délire spirite.

II. — *Étude d'un cas de rypophobie* ; par le Dr P. Blum (n° 13). — « On appelle rypophobie la peur de la saleté (ρυπος, saleté). » Ce vocable harmonieux a été composé, paraît-il, à l'usage de ceux — M. Blum est du nombre — qui croient que la crainte des contacts, ou délire du toucher, peut exister à l'état pur et non toujours associée à la folie du doute. La malade dont M. Blum publie l'observation aurait réalisé un cas

©BIUM

type de rypophobie. A aucun moment, en effet, ni pendant ses crises, ni au cours des périodes intercalaires, « elle n'a jamais indiqué par ses paroles qu'elle fût obsédée de l'angoisse du doute ».

Sa manie de se laver sans cesse n'était que la conséquence logique d'une crainte de la saleté, et cette crainte elle-même avait, dans l'espèce, une origine auto-suggestive. Aussi, M. Blum a-t-il essayé, sans succès d'ailleurs, la suggestion. L'isolement eut plus d'effet. Sous son influence, la malade resta deux mois sans avoir de crises. M. Blum la tient pour guérie. Et par là encore se mesure toute la distance qui doit séparer la rypophobie, syndrome auto-suggestif, de la folie du doute avec délire du toucher, jusqu'à ce jour considérée comme une psychose constitutionnelle.

III. — *Pathogénie de la céphalée neurasthénique*; par le Dr L. Miécamp (n° 26). — On a successivement donné pour siège anatomique à la céphalée les tissus épicraniens, le périoste et les os du crâne, les méninges, la région sphéno-occipitale de l'encéphale. Pour M. Miécamp, c'est dans la cellule cérébrale et dans le grand sympathique, sans localisation spéciale, qu'il faut placer le terrain où éclosent les sensations douloureuses de la céphalée neurasthénique.

D'après les recherches des auteurs modernes, la céphalée en général est toujours fonction de l'intoxication. Cela est également vrai pour la céphalée neurasthénique. Sur un terrain prédisposé, toutes les causes d'intoxication la peuvent produire : troubles gastro-intestinaux, maladies infectieuses, intoxications exagérées, insuffisances rénale, hépatique, thyroïdienne, surmenage, etc... « La céphalée de la neurasthénie est l'expression d'une souffrance de la cellule nerveuse ou d'une déréglation primitive du sympathique sous la dépendance d'une viciation toxique du milieu intérieur. »

Est-il permis à l'heure actuelle d'aller plus loin? Et peut-on préciser la nature de l'altération anatomique ou chimique des centres nerveux dans cette souffrance cellulaire? M. Miécamp ne le pense pas. Il risque cependant une hypothèse.

Comme l'homme vit de ses réserves et non de son alimentation immédiate, il est certain que c'est dans une modification de ces éléments de réserve que réside la solution de la pathogénie de la céphalée neurasthénique. Or, le cytoplasme de la cellule nerveuse contient, entre les mailles de son réseau, une substance colorée par le bleu de méthylène que les histologistes

©BIUM

et les physiologistes considèrent comme la réserve du neurone et qu'on voit disparaître dans les cellules des nerfs fatigués par une excitation prolongée. N'est-ce pas, se demande M. Miécamp, « n'est-ce pas une étude plus complète de cette chromatine, la constatation de sa disparition dans les centres nerveux des neurasthéniques invétérés, qui nous donnera la clef de ce problème », lequel est bien sans doute, comme le proclame M. Miécamp, « l'un des plus hardis de la chimie physiologique »?

IV. — *Étude sur le véronal*; par le Dr Edhem (n° 30). — D'un usage personnel du véronal et de son administration à plusieurs malades, M. Edhem a retiré une opinion des plus favorables à ce médicament : « C'est le meilleur hypnotique que nous possédions actuellement », et encore : « Je peux présenter le véronal comme l'hypnotique presque idéal. » Entre les mains de M. Edhem, le véronal, en effet, s'est montré d'une efficacité et d'une constance remarquables; il n'a jamais eu d'action fâcheuse, en particulier sur le cœur; il n'a pas produit l'accoutumance; il est de plus analgésique, peut-être eupnéique; enfin, avantage non négligeable, il peut être employé sous forme de lavement.

V. — *L'état mental neurasthénique*; par le Dr Maurice de Fleury (n° 47). — Les idées du professeur Dubois (de Berne), telles qu'il les a exposées dans son livre sur les *Psycho-névroses et leur traitement moral*, semblent bien avoir trouvé en France moins d'adeptes que d'adversaires. Parmi ces derniers, M. Maurice de Fleury s'est classé dès le principe comme l'un des plus résolus; et la conférence qu'il a donnée, le 27 octobre 1904, sur l'*Etat mental neurasthénique* a été surtout un essai de réfutation de la théorie du nervosisme, professée par M. Dubois.

On sait que sous ce terme, « d'une imprécision peu scientifique », M. Dubois prétend réunir et confondre les deux névroses qu'on s'était jusqu'ici ingénié à distinguer : la neurasthénie et l'hystérie. M. Maurice de Fleury a cherché à marquer au contraire les différences qui, à son avis, militent en faveur de leur séparation.

Pour M. Maurice de Fleury, l'hystérie et la neurasthénie sont distinctes dans leurs causes, dans leurs symptômes, dans leur traitement.

« La cause déterminante de l'hystérie est presque unique : c'est l'émotion vive, le choc brutal, grâce à quoi une représentation mentale « singulière » absorbe à elle seule toute l'atten-

©BIUM

tion et détermine le rétrécissement du champ de la conscience sur l'idée fixe. Les causes déterminantes de la neurasthénie sont plus diverses : ce peut être l'épuisement progressif du système nerveux par des travaux excessifs, par des veilles prolongées, par la convalescence d'une grippe. Et tout cela ne détermine point la formation d'une idée fixe, mais bien l'inclination en bloc de toute la mentalité vers la mélancolie et la torpeur mentale. »

« L'hystérie se caractérise par des anesthésies, des paralysies, des contractures et des crises de nerfs, déflagrations nerveuses souvent formidables et qui, malgré leur intensité et leur durée, ne laissent après elles aucun vestige d'épuisement. Chez les neurasthéniques, il y a bien aussi des crises de colère, d'énervement ou de larmes qui se peuvent comparer aux attaques des hystériques. Mais, par ailleurs, que de différences! L'atonie gastro-intestinale, les plaques douloureuses à la nuque et au sacrum, l'atonie génitale, les troubles de l'appareil circulatoire, la sensation de fatigue intense, l'état mental fait de lassitude de vivre, de tristesse, de crainte et d'impuissance au travail, tout cela est vraiment bien caractéristique. »

L'hystérie enfin relève de la suggestion, qui, le plus souvent, échoue dans la neurasthénie ; mais le neurasthénique guérit par le repos joint à la médication tonique, lesquels restent inopérants chez l'hystérique.

Donc, conclut M. Maurice de Fleury, il est légitime et il importe, à l'encontre de ce que souhaite le professeur Dubois, de maintenir, au double point de vue doctrinal et pratique, la distinction aujourd'hui classique entre les deux névroses sœurs : hystérie et neurasthénie.

VI. — *Les coefficients physiologiques du plaisir et de la joie d'une idiote* ; par les Drs N. Vaschide et J.-G. Latry (n° 50). — Les auteurs ont étudié par la méthode expérimentale les effets des émotions qu'une idiote profonde est capable de ressentir. Leurs recherches ont abouti aux résultats suivants, qui doivent être, d'après eux, considérés comme acquis :

1° Consécutivement à une excitation sensorielle susceptible de créer des émotions chez une idiote, on constate une augmentation ou une diminution de la pression normale du sang. En outre, la forme et les dimensions de la pulsation sont changées ;

2° La courbe générale du sphygmogramme ne revient jamais à sa hauteur initiale ;

©BIUM

3° Le sens de la variation ne dépend pas de la qualité de l'excitation, mais de l'état préalable du sujet ;

4° Le dicrotisme semble avoir une tendance à apparaître dans les réactions émotionnelles ;

5° Il y a toujours une période de transition dans les réactions vasculaires ; cette période fait défaut dans les réactions respiratoires ;

6° Dans l'émotion la pulsation est moins longue, moins haute ;

7° Les émotions intellectuelles attachées à l'évocation du souvenir d'une personne spéciale sont les plus violentes qui aient été observées ;

8° Il y a eu toujours un temps mesurable entre l'excitation mentale et la réaction vaso-motrice.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Un adolescent dégénéré, déséquilibré et criminel* ; par le Dr Mercier (numéro d'août). — Rapport médico-légal sur le cas du soldat C..., accusé d'avoir assassiné et jeté par la fenêtre la femme de l'officier chez lequel il était employé comme ordonnance, affaire qui fit grand bruit en son temps. Conclusions de l'expert : dégénérescence héréditaire, responsabilité atténuée.

II. — *Satyriasis suivi d'exhibitionnisme* ; par le Dr Mercier (numéro de décembre). — Observation d'un militaire prévenu d'attentats à la pudeur. Il s'agirait, d'après l'auteur, d'un perverti sexuel obsédé et impulsif, qui serait devenu tel par suite d'une continence imposée et qu'un traitement bromuré et hydrothérapique de deux semaines aurait suffi à guérir. Responsabilité très atténuée. Condamnation par un conseil de guerre à six jours de prison.

GEORGES VERNET.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du Droit; par le Dr Legrain. 1 vol. in-8°. Paris, Rousseau, 1907.

La discussion de la nouvelle loi en faveur des aliénés, les polémiques et les publications relatives à la responsabilité donneraient le tour de faveur de l'actualité au livre que vient de publier le Dr Legrain sous le titre d'*Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du Droit* si cet ouvrage ne se recommandait point par la nouveauté et l'intérêt des sujets traités.

Il s'agit d'une série de quatorze leçons professées à l'Ecole de droit par un médecin qui, persuadé que la science juridique et la science médicale doivent se prêter aide, assistance et appui, n'a pas craint de dire et de faire comprendre que magistrats et médecins ne peuvent plus rester, non pas hostiles (hélas! les preuves abondent), mais même défiants les uns vis-à-vis des autres, et qu'il était nécessaire qu'une collaboration de plus en plus étroite s'établisse entre eux.

Chacun reste à sa place, l'homme de science n'est pas substitué au magistrat, mais les lumières particulières de chacun se fusionnent pour éclairer davantage les obscurs problèmes de la criminologie.

Un cours comme celui du Dr Legrain, professé à l'Ecole de droit, rend tangible la marche des idées depuis l'époque (c'était en 1830) où Elias Regnault publiait son livre : *Du degré de compétence des médecins dans les questions judiciaires relatives aux aliénations mentales*, rejetait cette compétence et « refusait aux médecins l'intervention spéciale à laquelle ils prétendent dans les questions de folie ».

Le Dr Legrain n'a caché ni ses tendances ni sa méthode, et rien n'est plus intéressant ni plus pressant que le soin avec lequel, dans la première leçon, il met en présence les deux méthodes de recherche de la vérité : la classique, toute imprégnée de métaphysique, de religiosité, aprioriste, peu capable d'évoluer, et la scientifique, étouffée un instant sous les faits

accumulés par Lombroso, se dégageant ensuite, constituant l'histoire naturelle de l'homme, donnant l'abondante moisson de la sociologie, nullement asservie comme l'autre à des conceptions imaginées, artificielles, capable par essence de se plier aux indications des découvertes nouvelles, mais gardant sa critique aiguë, car « un fait n'est point la vérité uniquement parce qu'il est proclamé par une majorité de suffrages ».

Une autre question préliminaire, abordée aussi franchement par l'auteur, c'est celle du droit de punir, du monstrueux droit de punir (survivance du droit de vengeance) qui, ébréché inconsciemment, et de plus en plus, par ses propres partisans, doit céder la place à la possibilité pour la société de se préserver des atteintes des « êtres qui forment, vus dans leur ensemble, une sorte d'échelle graduée allant de l'aliéné au criminel en passant par l'aliéné criminel et le criminel aliéné », avec « l'obligation de la mansuétude, de la réparation » nécessitée par « la responsabilité sociale dans la genèse d'une part des crimes ».

Il est constant que toute science, pour se constituer, s'édifie grâce à des procédés techniques qui peuvent être un but pour certains esprits, mais qui doivent être en réalité seulement des moyens préalables et nécessaires de préparer, de trier, de vérifier, d'analyser en un mot les matières dont la connaissance subtile permet alors seulement la synthèse positive. Or, puisqu'il s'agit d'innovation dans la façon dont les magistrats devront envisager la personnalité délinquante, le Dr Legrain consacre plusieurs leçons (2) à l'étude de la constitution de la personnalité humaine variable, 3 autres à l'évolution de cette personnalité, 5 à son fonctionnement, 2 à sa dislocation, et une dernière, où il donne ses conclusions, à la dispersion et à la régression de l'être personnel. Et, en praticien expert, c'est à l'aide de l'aliéné lui-même, dans une véritable expérimentation clinique, que l'autenr poursuit son but. Le mécanisme psychique faussé, perverti, insuffisant, dans les maladies mentales, démonté par l'expérimentateur, lui sert à remonter et à démontrer le mécanisme variable du Moi.

A bien considérer cet enseignement précis, rien n'est plus saisissant à la fois et plus captivant dans sa nouveauté que l'importance prépondérante du document vivant introduit dans cette Ecole de droit où domine le document écrit.

Successivement, une fois le subconscient si peu connu et si mal apprécié, étudié succinctement, le lecteur voit défiler devant

lui, avec leurs caractéristiques réelles, les persécutés, les déséquilibrés, les hallucinés et ces singuliers délires à éclipse auxquels font pendant les délits à éclipse dont la description est une véritable trouvaille psychologique. Legrain n'a garde d'omettre l'alcoolisme et les intoxications qui ont tant de rapports avec le subconscient. L'étude, dans son raccourci voulu, est magistrale et je pense qu'elle n'échappera pas aux groupes parlementaires qui se constituent pour défendre contre l'alcoolisme notre bon pays de France.

« Tout individu en puissance d'alcool est un morbide », car « l'alcool avec une facilité redoutable se libère des entraves du conscient », pour laisser agir le subconscient générateur de crime et de folie.

Et le plan se déroule peu à peu qui met dans le relief nécessaire l'automatisme subsconscient, l'automatisme inconscient, l'automatisme conscient et l'automatisme aconscient, pour passer à la mentalité des foules et à la suggestion. Et nous voici en présence du nœud de la question. Selon qu'on reconnaîtra la conscience comme un épiphénomène, suivant l'expression vulgarisée par Le Dantec qui renouvelle si curieusement, *mutatis mutandis*, la philosophie de d'Holbach, ou qu'on considérera qu'elle n'est point réduite à zéro au point de vue de l'influence sur l'évolution de l'esprit et sur celle de la nature, le problème de la responsabilité qui est effleuré dans la dernière leçon et vers lequel en somme converge l'œuvre que j'analyse, recevra une solution ou positive ou décevante. Le Dr Legrain penche visiblement pour la « philosophie de l'espérance »; toute sa documentation le crie, s'il ne le dit pas. Ce n'est point un autre but qu'il vise que de concilier pratiquement la liberté et le déterminisme, car, pourrait-il dire avec Elias Regnault (op. cit.) : « Il ne faut pas s'y tromper, la loi n'est presque jamais souverainement juste. Sur vingt meurtriers frappés d'une peine égale, il ne s'en trouve pas deux également coupables ». Or, et c'est Gall qui parle : « Pour apprécier le degré de culpabilité intérieure, il faudrait mesurer au juste l'influence de l'âge, du sexe, de l'état de santé, de la situation morale et de mille circonstances accessoires au moment de l'acte illégal (1). »

L'ouvrage du Dr Legrain qui s'efforce de remplir ces desiderata

(1) Gall et Spurzheim. *Dispositions innées de l'esprit*, 1811.

©BIUM

oriente donc vers une justice plus juste l'esprit des nouvelles générations; il fait entrer dans le domaine du possible des conceptions considérées comme irréalisables il y a quatre-vingts ans : cet ouvrage est une bonne action.

L. Dérigq.

De l'illusion de fausse reconnaissance. Etude critique, clinique et médico-légale ; par le Dr A. Albès. Br. in-8°, Paris. A. Michalon, édit. 1906.

Deux parties bien distinctes dans la thèse de M. Albès : une première, psychologique, qu'il aurait pu sans inconvénients écourter ; une seconde, clinique, qu'on eût aimée plus développée.

On a souvent confondu l'illusion de fausse reconnaissance avec l'illusion du déjà éprouvé : à tort, car ce sont choses toutes différentes.

L'illusion du déjà éprouvé est une aberration, totale mais transitoire, en vertu de laquelle nous avons pendant un temps très court l'impression parfaitement nette de revivre une tranche de vie déjà écoulée.

La fausse reconnaissance est l'erreur, plus ou moins durable, qui consiste à recouvrir d'une identité non justifiée tel individu ou tel objet que l'on voit pour la première fois.

On a copieusement disserté sur le mécanisme psychologique de l'illusion du déjà éprouvé. M. Albès réunit sous deux rubriques toutes les théories proposées : théories intellectualistes, — il n'en compte pas moins de huit, « variations imagées sur un même thème », — théorie impressionniste, soutenue d'abord par Kindberg et à laquelle paraissent se rallier de plus en plus les psychologues. La profusion même de ces théories peut faire soupçonner *a priori* qu'aucune d'elles ne s'impose avec une suffisante évidence. De fait, M. Albès ne leur ménage ni les objections, ni les critiques : ici il relève une lacune, là un malentendu ; telle de ces hypothèses ne lui apparaît que comme une combinaison de métaphores, et telle autre ne lui semble reposer que sur de simples vues de l'esprit. N'y voit-on pas en effet des perceptions qui se poursuivent, se rattrapent et même se dépassent à la surface de la conscience (Piéron), des hémisphères qui ne travaillent plus ensemble (Wigan), des images hallucinatoires qui refoulent des images réelles dans le passé (Ribot), des modifications du stéréoscope

©BIUM

intérieur produisant des phénomènes de mirage (Fouillée), que sais-je encore ? Non satisfait, sans doute à bon droit, de toute cette logomachie, M. Albès à son tour s'est mis en quête d'une interprétation qui serait moins verbale et qui parût plus plausible. Il croit l'avoir trouvée dans le fait de rattacher le phénomène du déjà éprouvé, non plus, comme les auteurs précédents, à un trouble de la mémoire, mais plutôt à un trouble de l'attention ; et il développe ce point de vue que les conditions nécessaires à la production de ces états consistent essentiellement dans une « invagination » de l'attention. Loin de nous l'idée d'y contredire, et c'est sans aucun regret que, pour notre part, nous verrons distraire du groupe des paramnésies l'illusion du déjà éprouvé. Mais un doute nous vient : M. Albès est-il bien assuré de n'avoir pas versé lui-même dans le travers qu'il venait si justement de signaler ? Après avoir, très agréablement, raillé le divorce des hémisphères, la bataille des images et la course des perceptions, pourquoi nous infliger maintenant une « invagination » de l'attention ?

Aussi bien n'est-ce pas dans ce hors-d'œuvre psychologique que doit être recherché l'intérêt du mémoire de M. Albès : il réside tout entier, à notre sens, dans la deuxième partie, autrement substantielle et autrement solide. Ce symptôme si curieux, et, somme toute, peu rare, de la fausse reconnaissance, M. Albès nous le présente en des observations cliniques bien prises, complètes, finement analysées.

Il l'étudie d'abord (Obs. II à VI et X) dans des états confusionnels divers (psychose de Korsakoff, confusion mentale primitive, mélancolie, états crépusculaires post-paroxystiques, etc.) ; il nous l'y montre comme un phénomène épisodique, éphémère, « symptôme en quelque sorte parasite », qui se développe inopinément, reste vague, sans consistance, et s'applique à des objets quelconques, le plus souvent insignifiants.

Dans une deuxième série de cas, au contraire (Obs. X à XIV), la fausse reconnaissance devient un symptôme de premier plan, qui de suite attire et retient l'attention : loin de surgir brusquement, elle n'éclôt qu'après une longue période d'incubation qui la prépare et lui indique la direction vers laquelle elle doit tendre ; elle s'applique à un objet unique, bien précis, dont la désignation est logique, dont la découverte est inéluctable : elle apparaît comme la conséquence nécessaire et, en quelque sorte, « l'apothéose » d'un délire systématisé, d'une idée fixe ou d'une obsession.

©BIUM

Elle prend alors — et alors seulement — une importance médico-légale considérable. La lecture des observations publiées par M. Albès ne laisse aucun doute à cet égard. Je n'en veux pour preuve que les quelques exemples suivants choisis parmi les plus topiques. C'est d'abord (Obs. XI) un alcoolique jaloux qui, croyant reconnaître sa femme au bras d'un amant, se livre à une brutale agression sur une personne qui lui était parfaitement étrangère ; c'est ensuite (Obs. XII) un persécuté alcoolique qui, d'un coup de revolver, abat un inconnu qu'il avait pris pour le Président de la République, son persécuteur ; c'est encore (Obs. XIII) une hystérique, dont l'affaire, en son temps, fit grand bruit : victime d'une fausse reconnaissance, cette jeune étudiante tira sur un professeur, au Collège de France, une balle de revolver destinée à un homme qui l'avait, paraît-il, gravement outragée ; c'est enfin (Obs. XIV) une obsédée amoureuse, laquelle, inconsolable d'un récent abandon, commet une tentative de meurtre sur un jeune homme rencontré par hasard, et dans lequel elle a reconnu son volage séducteur.

Il ne semble pas, — à en juger du moins par la bibliographie donnée par M. Albès, — il ne semble pas que ce côté médico-légal, éminemment pratique, de la question ait suscité des travaux en aussi grand nombre que son interprétation psychologique : c'est, peut-être que, pour le bien traiter, les mots ici ne suffisent plus et qu'il y faut des faits. Le mérite de M. Albès sera précisément d'en avoir apporté, en nombre appréciable et du meilleur aloi. Placé en face d'un sujet presque neuf, M. Albès l'a abordé par la bonne méthode : il a recueilli et groupé des documents cliniques, insuffisants sans doute pour permettre des conclusions définitives, mais qui n'en constituent pas moins d'ores et déjà une contribution fort importante à un chapitre à peine ouvert, et qui s'annonce plein d'intérêt, de la psycho-pathologie médico-légale.

GEORGES VERNET.

I concetti moderni della psicoterapia razionale (Les conceptions modernes de la psychothérapie rationnelle) ; par le Dr Cipriano Giachetti. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista di psicologia applicata alla pedagogia ed alla psicopatologia*. Janvier-février 1907.

La psychothérapie rationnelle, par opposition à l'hypnotisme et à la suggestion, est la cure de l'esprit, c'est-à-dire de la

©BIUM

mentalité du sujet, par le raisonnement et la rééducation de ses facultés psychiques. Les deux principes essentiels de la psychothérapie moderne sont qu'à toute maladie psychique doit correspondre un traitement psychique, et que chaque traitement doit consister en un acte direct de persuasion (non de suggestion) du médecin sur le malade.

Il est évident que le traitement pharmaceutique ou physique (hydrothérapie) peut avoir une grande importance pour reconstituer ou tonifier l'organisme, mais ce n'est certainement pas par là qu'il faut commencer. Tout individu possède un ensemble d'idées propres qui lui viennent en partie par hérédité, en partie par l'éducation et par expérience personnelle ; de là il résulte, en vertu même de cette complexité psychique, que l'homme est exposé à toutes les influences extérieures et que ses actes sont le résultat d'éléments variés étrangers à sa volonté et qu'enfin le raisonnement seul lui permet de se déterminer. Avec ce déterminisme des actes psychiques se confond le déterminisme des sentiments qui sont nécessairement liés à des représentations mentales de nature intellectuelle tout aussi bien d'ailleurs que les émotions.

Puisque les représentations mentales ont une si grande influence sur nos actes, il est facile d'en déduire qu'elles ont aussi une grande importance dans l'appréciation du plaisir et de la douleur et qu'elles en ont une plus grande encore dans la création et dans l'amplification des symptômes morbides les plus divers.

Nous savons que l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie, que l'on peut aujourd'hui grouper sous la dénomination de nervosisme ou mieux de psychonévroses, ont une origine essentiellement psychique. On reconnaît aujourd'hui que les troubles somatiques auxquels Broussais, Bouchard, Hayem, Glénard ont donné une grande valeur n'ont qu'une importance secondaire, sinon même successive. Ce que l'on sait de l'hystérie peut aussi être appliqué à l'obsession et aux autres états morbides semblables.

Etant admis par conséquent que tout le mal dépend de la fausseté des idées, du caractère illogique du raisonnement, la proposition de Dubois (de Berne) ne paraîtra pas hasardée, qui dit : « A mal psychique, traitement psychique. »

Mais malgré que la conception de la psychothérapie soit précise, son application n'a pas été comprise de la même façon par tous ceux qui s'en sont occupés et qui, pour la plupart, la

CEIUM

réduisent à la suggestion. La conception de Dubois est de beaucoup plus simple dans la théorie et dans la pratique et la suggestion, au sens étroit du mot, n'a aucune part dans sa méthode : il voit avant tout dans le malade un individu dont la mentalité est illogique, et c'est précisément cette illogicité qu'il s'efforce de combattre par la persuasion, par le raisonnement, par tous les moyens enfin qu'un médecin cultivé peut mettre en œuvre grâce à une saine philosophie éclairée par l'expérience de la vie.

Pour appliquer cette psychothérapie rationnelle, il faut avant tout gagner la confiance du malade, le convaincre que le médecin ne voit pas seulement en lui un client ou un cas intéressant, mais un ami à la seule guérison duquel il s'efforce ; quand cette confiance est obtenue, le malade est déjà sur la voie de la guérison.

De cette façon la conviction de la guérison est basée chez le malade non sur une foi aveugle ou sur une soumission à la personnalité du médecin, mais sur une claire explication de la maladie et de la fausseté des idées.

La psychothérapie rationnelle n'est évidemment pas une panacée universelle et n'a pas la prétention de remplacer absolument les autres méthodes de traitement ; mais la rééducation psychologique n'en a pas moins un champ d'action plus étendu que le champ d'action exclusivement médical, car elle permet d'aider au perfectionnement des hommes que nous considérons comme normaux et surtout à celui des jeunes gens ; elle permet de développer les bonnes qualités de raisonnement que chacun possède au moins en puissance, sans qu'il soit besoin de recourir aux tromperies des charlatans, aux impositions des hypnotiseurs, aux pieux mensonges de beaucoup de médecins. La psychothérapie rationnelle est une méthode simple, scientifique et morale, au lieu que l'hypnotisme, par exemple, a ce défaut d'habituer le sujet à une obéissance passive, de lui enlever tout contrôle personnel et d'augmenter sa déjà trop grande suggestibilité.

Avant de se proposer de guérir, la médecine doit aujourd'hui avoir le désir plus modeste de faire le moins de mal possible.

LUCIEN LAGRIFFE.

©BIUM

Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken (Sur les troubles des actes chez des malades du cerveau); par le Professeur-Dr H. Liepmann. 1 vol. in-8°. Berlin, S. Karger, 1905.

M. Liepmann a cherché à différencier l'apraxie motrice de l'ataxie et de la paralysie psychique (Seelenlähmung), à étudier de plus près le symptôme de la persévération. Mais le résultat le plus important qu'il a atteint a été d'établir une distinction entre l'apraxie psychique (ideatorische) et l'apraxie motrice. La première se montre lorsqu'un trouble du cours des représentations empêche de se produire, dans l'ordre et avec l'intensité voulus, les représentations de détail intermédiaires aboutissant à la représentation finale du résultat à atteindre (trouble de l'association, de la mémoire ou de l'attention). Ce trouble, en général, n'est pas borné à un segment du corps ou à un sens, mais embrasse tout l'esprit, comme la stupeur intellectuelle, par désordre de la nutrition ou du chimisme de tout le cerveau.

L'apraxie motrice a lieu quand les représentations intermédiaires à un but ne peuvent être exécutées en acte, ce qui n'est pas un trouble généralisé de l'esprit, mais un trouble circonscrit correspondant à une division corporelle, à une lésion en foyer. C'est l'analogue de la perte de la vision des couleurs ou de la surdité verbale.

Lorsqu'il y a une lésion en foyer qui amène l'impossibilité de l'innervation appropriée d'une partie du corps, le trouble de l'intelligence proprement dite est faible, la perte des représentations kinesthétiques des membres n'a pour conséquence que la perte de l'acte. La voie psycho-motrice de Wernicke est interrompue.

La langue ordinaire dit d'un malade atteint d'apraxie psychique comme de celui atteint d'apraxie motrice, qu'il ne peut plus agir (Können). Mais l'analyse montre qu'entre l'ensemble de l'intelligence et l'appareil cortico-musculaire, il y a quelque chose d'indispensable à l'acte (Können) et qui conditionne l' « utilisabilité » (Verfgübarkeit) des centres moteurs par le restant du cerveau.

Telles sont les conclusions que M. Liepmann place à la fin de sa brochure. Elles me paraissent résumer parfaitement ce travail, qu'il faut lire. J'ajouterai une petite remarque que fait

©BIUM

M. Liepmann et qui servira beaucoup aux médecins qui lisent l'allemand. Il s'agit de la distinction de signification entre les deux mots allemands : « Zweckgemäss » et « Zweckmässig ». L'auteur a défini l'apraxie motrice comme incapacité d'imprimer aux membres non paralysés un mouvement « Zweckgemäss », c'est-à-dire, en français, approprié au but subjectif, voulu par le patient. Le mot « Zweckmässig » veut dire : approprié au but objectif.

PH. CHASLIN.

I. — *Metaphysik in der Psychiatrie* (La métaphysique en Psychiatrie); par le Dr P. Kronthal. Broch. in-8°. Iéna, Gustav Fischer, 1905.

II. — *Ueber den Seelenbegriff* (Sur le concept de l'âme); par le même. Broch. in-8°. Iéna, G. Fischer, 1905.

Ces deux brochures ayant la même idée fondamentale peuvent être analysées ensemble. M. Kronthal soutient que les concepts de représentation, d'association, etc., etc., sont de pures abstractions métaphysiques. La sensation est quelque chose de mystique. Bref, tout ce que l'on étudie en psychologie et psychiatrie est du domaine de la métaphysique et de la théologie (qu'il admet, d'ailleurs), et non du domaine de la science. Pour amener la question de l'âme dans ce domaine, il faut la définir simplement : la somme des réflexes, et l'étudier physiologiquement. Autrement dit, il faut rejeter l'introspection complètement. — Nous connaissons cela, Auguste Comte l'avait déjà soutenu.

Malgré les efforts de certains physiologistes et psychophysiciens, les recherches de ce genre n'ont pas donné grand' chose jusqu'à présent. On s'est même aperçu que, pour tirer parti des expériences, il fallait savoir à quoi le sujet pensait. M. Binet en a donné des exemples frappants dans ses dernières recherches sur l'esthœsiométrie. Il est bien certain aussi que ce que nous saurions, en appliquant strictement les idées de M. Kronthal, se réduirait à presque rien. En psychiatrie, « la science des réflexes anormaux », nous aurions vraiment peu de données, de son aveu même. Et même, je me permettrai de trouver ces données, soit disant scientifiques, bien fantaisistes. Ainsi, dans la première brochure (p. 29), nous voyons les leucocytes

©BIUM

errant dans l'écorce cérébrale intervenir dans la genèse de la mémoire!

Il est curieux de constater qu'au moment où la physique et la mécanique perdent de leur rigueur apparente, on cherche à faire de la psychologie normale et pathologique quelque chose de presque mathématique ou mécanique. Les processus auxquels on a affaire sont trop complexes pour être de sitôt tous définis exactement. Jusque-là, la science de l'esprit ne sera qu'une approximation de science. Voilà ce que l'on doit dire en réalité. C'est indispensable à savoir; cela doit nous rendre modestes, surtout nous autres psychiatres, mais cela ne doit pas nous empêcher de continuer à travailler dans la bonne direction, n'en déplaise à M. Kronthal, qui place la métaphysique là où elle n'est pas et ne la place pas où elle est, dans l'emploi de mots qui n'ont aucune réalité, ni objective ni subjective.

PH. CHASLIN.

Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie (La Simulation des troubles mentaux et de l'épilepsie); par le Dr Johannes Bresler. Broch. in-8°. Halle a. S. Carl Marhold, 1904.

Cette brochure est inanalysable, car il n'y a rien de personnel à l'auteur. C'est un aperçu historique détaillé avec analyses longues de tous les travaux faits sur la question de la simulation et un index bibliographique. C'est un travail à consulter dans un cas donné. L'utilité en aurait été plus grande encore si M. Bresler avait ajouté une table indiquant les auteurs et les observations suivant le genre du trouble mental.

P. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Die Rechtspraxis der Ehescheidung bei Geiteskrankheit und Trunksucht seit Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuchs; par le Dr Joh. Bresler. 53 pages in-8°. Halle a. S., Carl Marhold, 1903.

— L'alcool e le malattie del sistema nervoso; par le profes-

©BIUM

seur L. Bianchi, 27 pages in-8°. Extrait de « *Il Tommasi* », *Giornale di biologia e medicina*, 1903.

— Chiarugi (1759-1820). Ein Gedenkblatt, dem II internationalen Congress für Irrenpflege, Mailand, 26-30 september 1906, gewidmet; par le Dr Johannes Breslau, 4 pages in-4°. Extrait du *Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift*, 1906.

— Contributo alla dottrina delle afasie; par le professeur L. Bianchi. 32 pages in-8°. Extrait des *Annali di nevrologia*, 1906.

— Greisenalter und Criminalitat; par le Dr Joh. Bresler, 58 pages in-8°. Halle a. S., Carl Marhold, 1907.

— Sulle misure preferibili per la valutazione della capacita del cranio; par le professeur Paolo Funaioli, 18 pages in-8° avec tables. Extrait de *Il Manicomio*, 1906.

— The expression of feelings; par F. M. Urban, 29 pages in-8°. Extrait des *Harvard psychological studies*. Volume II. Boston, 1906.

— Stéréotypie graphique chez un dément précoce; par le Dr L. Marchand, 11 pages in-8°. Extrait du *Journal de Neurologie*, Bruxelles, s. d.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1904; par le Dr Biaute, médecin en chef, 16 pages in-8°. Nantes, Imprimerie C. Mellinet, 1905.

— Sulla origine emotiva delle malattie della volonta; par le Dr Francesco Lener, 17 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1906.

— A case of narcolepsy, from a specific infection transmitted through five generations; par le Dr Albert N. Blodgett, de Boston, 12 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of the medical sciences*, août 1906.

— Le langage musical et ses troubles hystériques; par le Dr J. Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos-Aires. 1 vol. in-8° de 208 pages. Paris, Félix Alcan, 1907.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1905; par le Dr Biaute, 23 pages in-8°. Nantes, Imprimerie C. Mellinet, 1906.

— Presidential address. The physician as a character in fiction; par le Dr C. B. Burr, 26 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, juillet 1906.

— Thirty-fifth annual report of the Buffalo state hospital to the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1905, 57 pages in-8° avec planches. Albany, 1906.

— La struttura e la funzione della ipofici il alcune forme gravi, congenite ed acquisite, di psicopatia; par le Dr Guido Garbini,

©BIUM

médecin du manicome provincial de l'Umbrie. 16 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1905.

— De l'illusion de fausse reconnaissance (Etude critique, clinique et médico-légale) ; par le Dr A. Albès. 132 pages in-8°, Paris, A. Michalon, 1906.

— Contributo allo studio delle anomalie del padiglione auricolare e del sistema pilifero. Spertricosi auricolare famigliare ; par le Dr Corrado Tommasi. 21 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica et tecnica manicomiale*, 1906.

— Tumore della fossa posteriore del cranio. Contributo clinico e anatomico ; par le Dr Guido Garbini. 32 pages in-8°, avec planches. Extrait de *Il manicomio*, 1905.

— Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Ein Lehrbuch ; par le Dr M. Lewandowsky, privat-docent de physiologie à Berlin. 1 vol. in-8° de 420 pages, avec planches. Iena, Gustav Fischer, 1907.

— Tubercoli multipli del cervello interessanti il nucleus caudatus, il praecuneus, ed il lobulus quandragularis. Nota clinica ; par le Dr Guido Garbini. 24 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio* 1906.

— Symptômes oculaires de la paralysie générale, leur valeur diagnostique aux diverses périodes de cette affection ; par les Drs G. Raviart, Privat de Fortunié et Lorthioïs, 128 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, 1906.

— L'assistance aux aliénés dans leur convalescence. Etude morale, statistique et clinique ; par le Dr Fernand Bouffard. 76 pages in-8°. Paris, G. Jacques, 1906.

— The genis of sex ; par le Dr Louise G. Robinovitch. 15 pages in-8°. Extrait du *Journal of mental pathology*. New-York. s. d.

— Le rire et ses anomalies ; par le Dr Francotte. 39 pages in-8°. Extrait de la *Revue des questions scientifiques*. Louvain, 1906.

— Influenza dell' acido formico e dei suoi sali sull' apparato circolatorio ; par le Dr P. de Angelis. 6 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Casa di Salute Fleurent*, 1906.

— The genesis of genius ; par le Dr Louise G. Robinovitch. 21 pages in-8°. Extrait du *Journal of mental pathology*, 1906.

— Ricerche sperimentali sulle malformazioni ed eterotopie artificiali del midollo spinale ; par les Drs Guido Garbini et Revato Rebizzi. 7 pages in-8°. Extrait des *Bollettino ed Archivio dell' Istituto Umbro di scienze e lettere*. Perugia, 1907.

— Das Wesen des menschlichen Seelen-und Geisterlebens als Grundriss einer Philosophie des Denkens ; par le prof. Berthold Kern. 2e édition, 1 vol. in-8° de 434 pages. Berlin. Aug. Hirschwald, 1907.

©BIUM

— Weitere Beiträge zur Poriomanie; par le Dr Julius Donath. 10 pages in-8°. Extrait des *Archiv für Psychiatrie*. T. XLII, fasc. 2, s. d.

— Contributo clinico ed anatomo-patologico alla conoscenza del mixedema post-operatorio, con speciale riguardo alla funzione della ipofisi; par le Dr Guido Garbini. 28 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1907.

— The pathology of general paralysis; par le Dr Hans Evensen, médecin-directeur de l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem (Norvège). 40 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Review of neurology and psychiatry*, 1906.

— Les aliénés dans l'armée et dans les pénitenciers militaires; par le Dr F. Pactet. 19 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Psychiatrie*, décembre 1906.

— Les troubles digestifs considérés dans leurs rapports avec les troubles nerveux et mentaux; par le Dr Maurice Page. 10 pages in-8°. Extrait du *Bulletin médical* du 9 décembre 1906.

— Le duplicisme humain; par Camille Sabatier. Préface de J. E. Abelous, professeur à l'Université de Toulouse. 1 vol. in-12 de 160 pages, Paris, Félix Alcan, 1907.

— La mente di Girolamo Cardano; par le Dr Enrico Rivari, assistant à la chaire de psychiatrie de Bologne. Préface de G. C. Ferrari. 222 pages in-8°. Bologna, Nicola Zanichelli, 1906.

— Fra de fonte 10 aar af Kriminalasylets virksomhed (les dix premières années de l'asile d'aliénés criminels); par le Dr Hans Evensen, médecin-directeur de l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem (Norvège). 11 pages in-8°. Extrait du *Tidsskritt for den norske laegeforening*, 1906, n° 3.

— In memoria di Francesco Roncati. Necrologia letta alla Società medico-chirurgica di Bologna nell' adunanza del 9 novembre 1906; par le Dr Giuseppe Feli, directeur du manicome Roncati. 6 pages in-8°. Bologna, 1906.

— Amenza demenza precoce frenosi sensoria. Rassegna e contributo clinico alla dottrina della frenosi sensoria; par les Drs Giovanni, Motti et Paoli Cascella. 73 pages in-8°. Aversa, 1906.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1904; par le Dr Bourneville, avec la collaboration de Durand, Friedel et Perrin. Tome XXV. 1 vol. in-8° de CXLV-167 pages. 17 fig. dans le texte. Paris, Félix Alcan, 1905.

— Hysteria from the point of view of dissociated personality; par le Dr Morton Prince. 6 pages in-4° avec planche. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

©BIUM

— Doctrine de l'aphasie. Conception nouvelle; par le professeur Bernheim, de Nancy. 27 pages in-8°. Paris, O. Doin, 1907.

— Premiers mémoires de Séguin sur l'idiotie (1838-1843), publiés par Bourneville. 182 pages in-8°. Tome III de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1897.

— State asylum for the chronice insane of Pennsylvania. Thirteenth annual report, for the year ending september 30th, 1906, 52 + 13 pages in-8°, avec planches. South Mountain Wernesville post office, s. d.

— Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie; par Bourneville. 135 pages in-8°. Tome XIII de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. Paris, bureaux du *Progrès médical*, 1905.

— La réaction des anticorps syphilitiques dans la paralysie générale et le tabes, par A. Marie et C. Levaditi. — Démences aphasiques avec concomitance de lésions des zones de Broca et de Wernicke; deux démences aphasiques sans lésion de la circonvolution de Broca; par A. Marie. 10 pages in-8°. Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, décembre 1906.

— Petites éphémérides clermontoises; par le Dr Pierre Hospital. 79 pages in-8°. Clermond-Ferrand, Typ. G. Mont-Louis, 1907.

— La maladie contemporaine. Examen des principaux problèmes sociaux au point de vue positiviste; par E. de Lacombe. 1 vol. in-8° de 256 pages. Paris, Félix Alcan, 1906.

— Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non-sourds, bègues, etc.; par Edouard Séguin. 1 vol. in-8° de 531 pages, avec portrait de l'auteur et préface de Bourneville. Tome III *bis* de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. Paris, bureaux du *Progrès médical*, 1906.

— Quelques photographies d'Arabes syphilitiques et paralytiques généraux; par le Dr A. Marie. 3 pages in-8°, avec deux planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, novembre-décembre 1906.

— Aphasie et anarthrie; par le Dr P.-L. Ladame (de Genève). 8 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, numéro du 22 décembre 1906.

— Rectification à propos de la question de l'aphasie; par le Dr Pierre Marie. 12 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, numéro du 12 janvier 1907.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêtés de mars* 1907 : M. le Dr Guiard, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne (Marne), est élevé à la 1re classe de son grade (3.500 francs);

MM. les Drs Charpentier et Courbon, déclarés admissibles au concours d'adjuvat (mars 1907), sont nommés médecins-adjoints de l'asile de Saint-Venant (Pas-de Calais);

M. le Dr Albès, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1907), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne);

M. le Dr Robert, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1907), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Larochegandon (Mayenne);

M. le Dr Rougean, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1907), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie);

M. le Dr Olivier, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1907), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Ylie (Jura);

M. le Dr Arsimoles, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1907), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Leymes (Lot).

— *Arrêtés d'avril* 1907 : M. le Dr Boudrie, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. le Dr Marandon de Montyel, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés;

M. le Dr Trenel, directeur-médecin de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche;

M. le Dr Leroy, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé directeur-médecin de l'asile de Moisselles;

M. le Dr Rogues de Fursac, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

— *Arrêté de mai* 1907 : M. le Dr Roger Mignot, médecin-

©BIUM

suppléant de la Maison nationale de Charenton, est nommé médecin en chef de cet établissement, en remplacement de M. le Dr Antheaume, démissionnaire, et nommé médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton.

— M. le Dr Raviart, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est reçu le premier au concours d'agrégation de la Faculté de médecine de Lille;

M. le Dr Lépine, médecin-adjoint à l'asile de Bron (Rhône), est reçu le premier au concours d'agrégation de la Faculté de médecine de Lyon.

SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 29 avril 1907, sous la présidence de M. le Dr Deny.

Trois prix ont été distribués :

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.* — Trois mémoires ont été envoyés.

Ce prix a été partagé également entre les trois concurrents : MM. Doury, interne des hôpitaux de Paris; L. Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois; Roger Voisin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Sept mémoires ont été envoyés.

Le prix a été partagé entre M. René Charpentier, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant, pour sa thèse intitulée : *Dégénérescence mentale et hystérie. Les Empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale*, et Mlle Constanza Pascal, interne des asiles de la Seine, pour sa thèse qui a pour titre : *Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique); des prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses.*

Une mention honorable est accordée à M. Antonin Porot, de Lyon, pour son étude critique intitulée : *La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse.*

Prix Semelaigne. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif.* — Un seul mémoire a été envoyé, à qui le prix a été décerné; il a pour auteur M. Bussard, médecin-adjoint de la Maison de santé de Neuilly-sur-Seine.

Le banquet annuel eut lieu le soir, à 8 heures, au restau-

©BIUM

rant Marguery. Vingt-sept convives y assistèrent, parmi lesquels plusieurs membres correspondants : MM. Devaux, Giraud, Petrucci, Régis et Trénel, ainsi que les six lauréats. Au dessert, un grand nombre de discours furent prononcés. Et d'abord, le président, M. Deny, porte le toast traditionnel à la Société médico-psychologique et à sa prospérité; puis, après avoir souhaité la bienvenue aux lauréats du jour et les avoir félicités de leurs succès, il boit aux deux professeurs et aux membres correspondants présents aux banquets. Prennent ensuite la parole, MM. Joffroy, Petrucci, Séglas, Régis et Ritti. Celui-ci, après avoir remercié M. Régis des paroles aimables qu'il lui a adressées, porte un toast aux doyens d'âge de la Société, MM. Motet, Magnan et Christian, que l'état de leur santé a empêché de prendre part, à leur grand regret, à cette fête de famille. Tous ceux qui ont assisté à cette soirée en conserveront le meilleur souvenir.

NÉCROLOGIE

Dr Ch. Féré. — Charles-Samson Féré était né à Auffay (Seine-Inférieure), le 13 juin 1852. Il fit ses classes, je crois, au lycée de Rouen et commença ses études de médecine dans cette ville, puis vint les continuer à Paris. D'abord deux fois interne provisoire des hôpitaux, il passa chez Berthier et Bouchard, à Bicêtre, en cette qualité et fut enfin nommé titulaire au concours du 24 décembre 1877. Il eut successivement pour chefs : Guéniot, Broca, Guyon et Charcot. Sa thèse passée en 1882, il resta attaché au service de Charcot, et concourut pour la place de médecin suppléant de la Salpêtrière en 1884. Il fut nommé médecin-chef de service à Bicêtre en 1887 dans la section nouvellement créée des épileptiques adultes. Puis il passa à la première section des aliénés, et enfin, tout dernièrement, à celle des enfants idiots, arriérés et épileptiques. La maladie l'empêcha de réorganiser ce service, et il est mort le 22 avril 1907 à l'âge de cinquante-quatre ans.

Il avait été secrétaire particulier de Charcot et quelque temps attaché comme médecin-adjoint à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Il était membre de plusieurs sociétés telles que la Société de Biologie, Médicale des Hôpitaux, Médico-psychologique, de Neurologie, etc.

Dès avant son internat, il commença à publier de petits travaux qui avaient d'abord pour sujets la clinique ou l'anatomie. Sous l'influence de Broca, il s'occupa d'anthropologie. Il obtint le prix Civiale en 1880. Mais bientôt son séjour à la Salpêtrière lui imprima une nouvelle direction, comme le montre sa thèse : *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la*

©BIUM

vision par lésions cérébrales (*amblyopie croisée et hémianopsie*). Le système nerveux, le cerveau surtout et ses maladies l'occupèrent définitivement. Je dois me borner à une vue d'ensemble en prenant pour jalons les volumes où il a réuni ses mémoires et notes publiées un peu partout.

Tout l'œuvre de Féré est dominé par cette idée directrice, que les manifestations de l'esprit s'accompagnent de manifestations corporelles qui peuvent être *facilement* étudiées par des procédés physiques précis. Les manifestations pathologiques ont pour conditions prédisposantes des modifications somatiques presque *grossières*, telles que les stigmates de dégénérescence. Que ce fût l'idée de Féré, un mot de lui le démontre bien. Un jour que nous discutions sur la psychologie, il me dit : « En psychologie, il faut faire de la maçonnerie. » D'ailleurs l'origine de cette idée doit être cherchée dans la théorie des signes physiques de l'hypnose, que Charcot venait de lancer. Avec Binet, Féré en fit l'application dans un de ses premiers travaux, *le Magnétisme animal*, un volume de la Bibliothèque scientifique internationale qui eut beaucoup de succès. Il y étudia en particulier les hallucinations provoquées dans l'hypnose et leurs caractères objectifs. Puis, dans *Sensation et mouvement*, *études de psycho-mécanique*, il voulut montrer que la sensation peut être mesurée par des mouvements pléthysmographiques. Dans *Travail et Plaisir*, son dernier livre, il chercha à mettre en évidence l'action des excitations sensorielles, des médicaments sur le travail et la fatigue au moyen de l'ergographe, tandis que dans sa *Pathologie des émotions* il décrivit les signes physiques de celles-ci. Pour lui, préoccupé d'objectivation, la prédisposition et l'hérédité se concentraient dans les stigmates de dégénérescence. Il consacra à toutes les minuties de ces stigmates plusieurs ouvrages : *la Famille névropathique*, *Dégénérescence et criminalité*, *les Epilepsies et les Epileptiques*, *l'Instinct sexuel*. Cette étude le conduisit des observations des malades à la tératologie expérimentale. C'est dans le cours de ses recherches sur la tératologie des œufs de poule qu'il a eu l'idée ingénieuse de greffer des embryons sur des poulets et de créer des tératomes expérimentaux. Le cerveau paraissait être pour lui un appareil assez simple, dont les « décharges », suivant l'expression de Huyglings Jackson, produisent les mouvements musculaires. Les paralysies de l'hystérie et de l'épilepsie sont alors dues à « l'épuisement », d'où sa théorie de l'hystérie, fatigue chronique. Entre temps, il avait publié un traité d'anatomie médicale des centres nerveux et un livre sur le traitement des aliénés chez eux.

Féré était un biologiste et un physiopathologiste bien plus qu'un médecin clinicien, et, malgré qu'il ait tant expérimenté

©BIUM

et observé, un théoricien. Il admettait des théories *a priori*, prises surtout chez les auteurs anglais, qu'il cherchait à vérifier ensuite. Il avait une prédilection pour l'expérimentation, et pourtant l'observateur chez lui était de beaucoup supérieur à l'expérimentateur, si bien qu'à mon avis, c'est celui de ses livres où il a mis le plus d'observation, *les Epilepsies et les Epileptiques*, qui est son meilleur et qui restera. Une autre chose aussi curieuse est le mépris qu'il avait pour l'observation des aliénés, telle qu'on la fait d'ordinaire. Il affirmait que les dires des aliénés, étant d'origine subjective et incontrôlables, n'avaient aucune valeur. Aussi n'a-t-il jamais donné de description d'aliénés proprement dits. Et pourtant ses œuvres fourmillent d'observations remarquablement fines de détraqués, d'obsédés et de demi-fous, dont les dires ne sont pas plus objectivables que ceux des aliénés. Ce qui prouve qu'il aurait pu fort bien observer les aliénés, s'il avait voulu, mais il ne le voulait pas ! C'est dommage, car il était si bien doué sous ce rapport ! Je crois aussi presque que c'était par système qu'il ne composait pas ses livres, mais qu'il les faisait en cousant bout à bout ses incessantes notes et communications, car il n'aimait ni la littérature ni l'art. Cela ne rend pas facile la lecture de ses ouvrages, d'autant plus que, prodigieux érudit, il y déversait aussi d'innombrables documents puisés dans les auteurs français et anglais (il lisait ceux-ci dans l'original) et ayant trait non seulement à la médecine proprement dite, mais encore à la philosophie, la sociologie ou la morale, de telle sorte qu'il apparaît aussi sous l'aspect d'un philosophe et d'un moraliste.

Tel fut le savant dont la carrière officielle n'a pas eu tout l'éclat qu'on aurait pu attendre de son mérite. C'est qu'il n'avait pas recherché les fonctions de médecin de Bicêtre, ni les succès de la clientèle qui lui était naturellement venus, pour les satisfactions de vanité ou d'argent, petites à ses yeux et si banales, mais pour les occasions de recherches scientifiques que les malades d'hospice ou de clientèle lui offraient. Féré, en effet, infatigable travailleur, ne vivait que pour ses recherches..... Mais puisque j'ai commencé à parler chez lui de l'homme, il faut que je dise en peu de mots ce qu'il était, tel qu'il a pu apparaître à ceux qui l'ont fréquenté à Bicêtre et bien connu.

Les relations que nous, ses collègues, avions avec lui étaient empreintes de la plus grande cordialité. C'était un excellent voisin, si je puis dire, qui respectait le droit des autres parce qu'il avait le sentiment profond de son propre droit, qu'il savait d'ailleurs défendre contre tout empiétement. Mais il ne se contentait pas de cela ; il abandonnait libéralement au médecin suppléant qui voulait travailler tout ce qui n'était pas dans le

©BIUM

champ de ses propres études ; je m'en souviens personnellement avec gratitude. C'est qu'il aimait par-dessus tout le travail pour lui et pour les autres.

Il était d'une exactitude extrême dans ses heures d'arrivée. Joignant au soin de son service les recherches du laboratoire, il se livrait à un labeur acharné. Rien, pas même la souffrance, ne pouvait le détourner de Bicêtre. Je me rappelle un jour où un accès de migraine (il en avait fréquemment) le forçait à s'asseoir sur un banc dans la première cour, il ne pouvait plus avancer. Une heure après, je le retrouvais dans son laboratoire, en train de faire une fatigante expérience, malgré la douleur qui continuait, avec seulement un peu d'atténuation. Il ne se ménageait pas, ne craignant pas de se prendre lui-même comme sujet en s'injectant les médicaments les plus variés et accomplissant un travail physique énorme chaque matin, chose si dangereuse pour sa santé, nous ne le savons que trop aujourd'hui !

Frappé déjà, il y a deux ans, et ne se faisant pas d'illusion sur son état, il continuait à venir, quoique la marche lui fût très difficile, surtout l'été dernier. Cela était d'un bel exemple ; il le donnait, sans phrases, avec la plus parfaite simplicité. On pouvait ainsi reconnaître qu'il avait du caractère et davantage : un beau caractère.

Mais si cela était facile à voir pour tout le monde, il y avait d'autres choses en lui plus cachées, que ses dehors, un peu rudes parfois, dissimulaient soigneusement. Féré, avec des apparences contraires, ressentait profondément les sentiments et les émotions ; il était même timide, ce qui avait retardé son arrivée à l'internat. C'était un passionné. D'un esprit beaucoup plus fin qu'on ne l'aurait cru sur ses mots à l'emporte-pièce, sur ses boutades et ses paradoxes, mais ne craignant jamais de dire, de proclamer ce qu'il croyait la vérité (1), il était aussi très fin en fait de sentiments et tout à fait loyal. Il a fait preuve plusieurs fois à mon égard d'une délicatesse charmante. Aussi, si les médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière perdent en lui un collègue disparu trop tôt, qui faisait honneur, par ses travaux, par sa grande intelligence et son caractère, à notre petite compagnie, on permettra à l'auteur de cette notice d'ajouter qu'il avait une grande affection pour Féré et qu'en lui il regrette un ami (2).

PH. CHASLIN.

---

(1) C'est cet esprit d'indépendance qui l'avait amené à donner sa démission de médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale à la Préfecture de police. Il n'était pas décoré.

(2) Principaux travaux de Féré : *Du cancer de la vessie*, Paris,

©BIUM

Aux obsèques de notre regretté collègue, trois discours furent prononcés : le premier, par M. le Dr Letulle, au nom de la Société médicale des hôpitaux; le deuxième, par M. le Dr Roger, au nom de la Société de biologie; le troisième, par M. le Dr Deny, au nom de la Société médico-psychologique et de médecins aliénistes de la Salpêtrière et de Bicêtre. Nous nous faisons un devoir de publier ce dernier :

MESDAMES, MESSIEURS,

Au nom de la Société médico-psychologique et des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière, je viens adresser un dernier adieu au Dr Charles Féré.

La disparition de Féré est une perte à la fois pour la neurologie et pour la psychiatrie qu'il a enrichies d'un nombre considérable de travaux, tous marqués au coin de la plus pénétrante originalité.

Ce n'est pas ici le lieu de retracer l'œuvre scientifique de Féré. Qu'il me suffise de dire que sa mort, qui est la conséquence d'un labeur opiniâtre et acharné qu'aucune considération n'a jamais pu lui faire interrompre, sera douloureusement ressentie par tout le monde savant.

Mais Charles Féré n'était pas seulement un savant, c'était avant tout l'homme du devoir ; il l'a prouvé en maintes circonstances, et ceux qui l'ont vu à l'œuvre dans les différents services de Bicêtre et de la Salpêtrière, qu'il a successivement dirigés depuis plus de vingt années, savent avec quelle conscience

---

1881. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésion cérébrale*, Paris, 1882. — *La médecine d'imagination.* Extrait du « Progrès médical », 1884, n° 16; 1886, nos 35, 36, 37. — *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux*, Paris, 1886. — *A contribution to the patholcgy of dreams and of hysterical paralysis.* « Brain », janvier 1887. — Binet et Féré, *Le magnétisme animal*, Paris, 1887. — *La famille névropathique.* « Archives de neurologie », nos 19 et 20, 1884. — *Id.*, un vol., Paris, 1894. — *Sensation et mouvement, études expérimentales de psycho-mécanique*, Paris, 1887. — *Dégénérescence et criminalité*, Paris, 1888. — *Du traitement des aliénés dans les familles*, Paris, 1889. — *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris, 1890. — *Hysteria, Epilepsy and the spasmodic neuroses*, Twentieth Century Practice of Medicina, vol. X, New-York 1897. — *Pathologie des émotions*, Paris, 1892. — *L'Instinct sexuel*, Paris, 1899. — *Travail et Plaisir*, Paris, 1904. Plusieurs de ces ouvrages ont eu plusieurs éditions. La plupart de ses communications ont été faites à la Société de Biologie. Sa première *Note sur les tératomes expérimentaux* est de 1895; *Note sur le sort des blastodermes de poulet*, etc., « C. R. Soc. de Biologie », 1895, p. 331.

et quel esprit d'abnégation il s'acquittait de ses fonctions. On peut dire, sans être taxé d'exagération, que c'est aux déshérités du sort qui peuplent ces grands hospices, et qu'il avait appris à aimer à l'école de Charcot, qu'allait toute sa compassion et qu'il a donné sans compter la meilleure part de son infatigable activité.

C'est donc avec un sentiment de profonde tristesse que la Société médico-psychologique dont il était l'un des membres les plus distingués, et que les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière qui étaient fiers de lui, voient partir la dépouille mortelle du savant et de l'homme de bien que fut Charles Féré.

La Société médico-psychologique et les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière offrent à Mme Féré, ainsi qu'à la famille de leur ami, l'expression émue de leurs respectueuses condoléances.

Dr Reverchon. — Le Dr Paul Reverchon qui est mort à Quimper, le 6 mars 1907, dans sa soixante-quatorzième année, avait pris sa retraite comme directeur-médecin de l'asile de Pau en 1892.

Il était né à Diémoz (Isère), d'une vieille famille originaire de cette partie de la Bourgogne devenue le département de Saône-et-Loire. Son arrière-grand-père avait été député à l'Assemblée législative, puis à la Convention, président du Club des Jacobins, administrateur de son département, etc.

Elevé dans un milieu que le culte de Jean-Jacques Rousseau avait préparé aux idées généreuses et utopiques, et qui avait adopté les théories de Cabet, de Fourier, de Saint-Simon et surtout de Victor Considérant, il partit en 1855 avec sa famille pour le Texas fonder une colonie phalanstérienne. Son état de santé l'obligea bientôt à rentrer en France. Il prit alors les titres universitaires nécessaires et commença ses études médicales à Paris. Un peu plus tard, en 1862, il devint interne à l'asile de Quimper sous la direction de Baume, qui le tenait en particulière estime. Reçu docteur en 1866, il fut nommé en 1867 médecin-adjoint de Billod, à l'asile de Sainte-Gemmes (Angers), puis successivement médecin en chef à l'asile de Marseille en 1873, directeur-médecin à Alençon en 1877, à Mayenne en 1881, à Moulins en 1884, et enfin à Pau en 1888 où il prit sa retraite en 1892.

Dans les différents postes qu'il a occupés, le Dr Reverchon se distingua par de remarquables qualités de médecin et d'administrateur. Au cours de l'intéressante notice sur les origines de l'asile de Pau, annexée aux comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes de 1904, le Dr Girma, directeur-médecin, bon juge s'il en fût, a rendu à l'administration de son prédécesseur, à la justesse de ses vues dans la conception

©BIUM

et l'exécution du programme des améliorations effectuées sous sa direction, la justice qui convenait.

Mais l'homme aussi mérite d'être connu. D'une rare intelligence, d'un esprit plein de finesse, possédant une instruction générale des plus étendues, il appartenait à une génération et à un milieu avide de tout connaître, mais aussi de tout approfondir. Exégèse biblique, études historiques et littéraires, philosophie, astronomie même, il avait dans sa jeunesse abordé avec enthousiasme les genres les plus variés; mais ce sont les sciences naturelles, et surtout la botanique, qui l'avaient le plus attiré et le plus retenu. Nous retrouvons là dans l'amour de la nature l'influence de Rousseau, botaniste fervent lui-même.

Le caractère était à la hauteur de l'intelligence. Aussi bien, on aurait pu, à la rigueur, retrouver l'ancien adepte de Fourier et de sa théorie des Passions dans le philosophe qui subordonnait l'élément intellectuel au sentiment, à l'émotion, et qui estimait, comme Herbert Spencer, que la bonté modeste doit être plus honorée dans la société que l'habileté intellectuelle, et que l'éducation doit chercher à développer non seulement l'intelligence, mais aussi à améliorer, à perfectionner notre nature émotionnelle et sentimentale.

Droiture, bonté, modestie, le Dr Reverchon possédait ces qualités au plus haut degré. Scrupuleux à l'extrême dans l'accomplissement de ses fonctions, oublieux de lui-même, il aimait ses malades et ses malades l'aimaient : c'est le plus bel éloge qu'on puisse faire de lui.

Trop modeste, il a peu publié : il aurait pu cependant tirer le parti le plus intéressant des nombreuses notes médicales qu'il avait recueillies. Outre sa thèse sur l'hydrothérapie appliquée au traitement des maladies mentales, il a fait paraître quelques observations de clinique mentale et de médecine légale dans les *Annales médico-psychologiques*. Il a, enfin, fait éditer un Catalogue raisonné des Plantes vasculaires de la Mayenne.

CONCOURS SUR TITRES POUR LA NOMINATION A UN POSTE DE MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

Le *Journal officiel* du jeudi 21 février 1907 publiait la note suivante :

« Une place de médecin en chef étant vacante à la Maison nationale de Charenton, les médecins en chef d'asiles publics d'aliénés qui désireront poser leur candidature à ce poste devront faire parvenir au ministère de l'Intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), avant le 1er mars 1907,

leur demande accompagnée de la justification de leurs titres scientifiques.

« La résidence effective dans l'établissement est obligatoire pour le médecin en chef. »

Dans son numéro du samedi 23 février, le *Journal officiel* reproduisait cette note, avec l'ajouté suivant :

« Les médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés qui ont exercé les fonctions de chef de clinique des maladies mentales près d'une Faculté de médecine, sont admis à poser leur candidature au poste vacant de médecin en chef de la Maison nationale de Charenton. »

Il s'agissait de remplacer M. le Dr Antheaume, démissionnaire.

Par un arrêté en date du 15 mars 1907, le ministre de l'Intérieur nommait une Commission spéciale chargée d'examiner les titres des candidats. Cette Commission était ainsi composée :

MM. Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, *président*;

Pédebidou, sénateur;

Joffroy et Raymond, professeurs à la Faculté de médecine de Paris;

Constantin, inspecteur général au ministère de l'Intérieur;

Ritti, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton;

Renault, médecin des hôpitaux;

De Saint-Sauveur, *secrétaire*.

Cette Commission s'est réunie les jeudis 21 mars et 18 avril 1907. Neuf candidats ont envoyés leurs titres, qui ont été examinés. Le choix de la Commission s'est porté sur M. le Dr Roger Mignot, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton.

CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nous avons donné dans notre dernier numéro (p. 348) la composition du jury de ce concours, qui s'est ouvert le lundi 4 mars 1907 et s'est terminé le 19 mars.

Vingt-six candidats s'étaient fait inscrire. Dix-sept candidats ont été déclarés admissibles après la troisième épreuve; onze ont été nommés médecins-adjoints après les épreuves d'admission, ce sont :

1° MM. René Charpentier, interne à l'asile Sainte-Anne (Seine);

©BIUM

2° Dupouy, chef de clinique à la Faculté de Paris ;
3° Albès, interne à l'Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police ;
4° Audemard, ancien interne à l'asile de Bron (Rhône) ;
5° Carrier, ancien interne des hôpitaux de Lyon ;
6° Courbon, interne à l'asile de Villejuif (Seine) ;
7° Alaize, interne à l'asile de Ville-Evrard ;
8° Robert, interne à l'asile de Château-Picon, Bordeaux ;
9° Rougean, chef de clinique à la Faculté de Toulouse ;
10° Olivier, interne à l'asile de Blois ;
11° Arsimoles, médecin-adjoint à l'asile de Leymes (Lot).

SURVEILLANCE A EXERCER SUR LES COMPTABLES DES ASILES D'ALIÉNÉS. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Paris, le 30 mars 1907.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, à Messieurs les Préfets.

Des faits récents et des observations formulées, à plusieurs reprises, par mon collègue M. le ministre des Finances, ont dénoté une certaine négligence de la part des directeurs des asiles publics d'aliénés dans l'exercice de leur droit de contrôle sur la gestion des comptables de ces établissements. Cette négligence trouverait sa raison dans une fausse interprétation de l'Instruction générale du 20 juin 1859, d'après laquelle la surveillance et la vérification de la comptabilité des receveurs spéciaux incomberaient exclusivement aux receveurs des finances.

Il y a là, sans nul doute, une interprétation inexacte, car l'Instruction générale n'a pas voulu porter atteinte au droit de contrôle des directeurs, nettement déterminé par des lois, ordonnances et décrets, mais au contraire le confirmer et en assurer, à l'aide de garanties nouvelles, la parfaite exécution. L'article 1320 de ce Code de la comptabilité administrative stipule, en effet, qu'en appelant les receveurs des finances à surveiller la gestion des receveurs spéciaux des établissements publics, la loi a en vue d'offrir aux autorités compétentes un concours permanent pour faciliter la marche du service par d'utiles directions. D'où il résulte que l'obligation imposée aux directeurs d'asiles par l'article 6 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 demeure entière. « Le directeur est chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus. » Le décret du 31 mai 1862, postérieur à l'Instruction générale, a reproduit, en son article 573, cette

©BIUM

disposition que l'article 572 spécifie, du reste, d'une façon spéciale, en déclarant le directeur responsable.

Le mot de contrôle n'a pas été prononcé en fait, pas plus que n'a été fixée la nature des rapports de ce fonctionnaire avec les comptables. Mais les termes employés ne laissent subsister aucun doute, la surveillance de toutes les parties de l'asile d'une part, et de l'autre la gestion des biens et revenus ne pouvant être exercées par le directeur d'une manière efficace et sous le couvert de sa propre responsabilité, en dehors d'un contrôle réel et continu à l'égard des agents des différents services, et de ceux en particulier dont la charge est essentiellement d'accomplir les actes de gestion ou d'effectuer les opérations de recettes et de dépenses qui en résultent.

Cela n'est pas douteux en ce qui concerne les receveurs spéciaux dont le directeur est tenu de certifier les comptes ; une pareille mission implique nécessairement un droit de vérification et de contrôle. « Il est prescrit expressément aux directeurs, dit l'article 15 de l'arrêté ministériel du 20 mars 1857, de procéder à la vérification de la caisse, à l'époque de la clôture de la gestion et de l'exercice, ainsi qu'à des époques indéterminées. »

Il convient d'ajouter que le directeur de l'asile n'est pas seul assujetti à des obligations de ce genre; quoique à un degré moindre, les membres de la Commission ont aussi un rôle de surveillance à remplir, rôle également méconnu et pourtant défini par l'article 572 de l'Instruction générale : « Les établissements publics consacrés aux aliénés sont administrés, sous l'autorité du ministre et des préfets, et sous la surveillance de Commissions gratuites, par un directeur responsable. » C'est à peu de chose près la répétition de l'article 4 de l'ordonnance de 1839, où figurent, en détail, les attributions de ces assemblées : « Elles sont chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des établissements ; elles sont appelées à donner leur avis sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens... » Les commissaires outrepasseraient certainement leurs droits, en se livrant à des vérifications de caisse et à des examens d'écritures dans les mêmes conditions que le directeur et le receveur des finances ; mais elles ont le devoir de se faire présenter par le receveur et de consulter toutes les pièces de comptabilité, au moment de la préparation des différents budgets de l'établissement. Leurs fonctions consistent moins à contrôler chacun des services en particulier qu'à émettre des avis sur les différents points énumérés à l'article 4 de l'ordonnance précitée. Les membres des Commissions ont la surveillance générale sur tout l'établissement, et cette surveillance s'exerce notamment sur l'adminis-

©BIUM

tration du directeur, en ce qui concerne l'asile. Ces opérations semblent comporter par elles-mêmes un droit sur la gestion des comptables. Ce droit n'est pas douteux, et de là résulte le devoir de s'assurer que le directeur s'acquitte consciencieusement de ses attributions de vérificateur.

Vous voudrez bien, vous inspirant de ces considérations, rappeler aux intéressés, par des instructions très précises, à quelles obligations ils sont astreints par leurs fonctions de commissaires et de directeurs. Vous indiquerez à ces derniers, en particulier, dans quelles conditions peut et doit s'exercer leur droit de surveillance et de contrôle, en les prévenant que toute négligence sur ce point serait de nature à engager gravement leur responsabilité. Il y aura lieu également d'examiner l'opportunité de condenser ces indications en quelques articles clairs et précis à insérer dans le règlement intérieur de l'asile et dont vous soumettrez le texte à mon approbation.

Je vous prie de m'accuser réception de cette circulaire, en me faisant connaître quelles mesures vous aurez adoptées en vue de son application.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,
Pour le Ministre :
Le Directeur
de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,
MIRMAN.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 26 mars 1907, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des ouvrages et mémoires envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de la la présente année; elle a procédé dans la même séance à la nomination des commissions des prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — N° 2. La méningite cérébro-spinale épidémique en Gascogne (1836-1839), par M. le Dr Michel Ferron, médecin aide-major de 1re classe, surveillant à l'Ecole de service de santé militaire de Lyon.
Commission : MM. Cornil, Chamberland, Vincent.

PRIX BARBIER. — N° 11. La convalescence des aliénés, par M. le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.
Commission : MM. Robin, Lereboullet, Widal.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — N° 1. Recherches anato-

©BIUM

miques sur la circulation artérielle du cerveau, par le M. le Dr J.-E. Looten, de Lille.

Commission : MM. Malassez, Huchard, Gley.

Prix Civrieux. — Question : *La syphilis spinale.*

N° 1. Devise : « *Chaque syphilitique conduit sa syphilis à sa manière.* »

Commission : MM. Fournier, Hallopeau, Joffroy.

Prix Clarens. — N° 3. L'alcoolisme, par le M. le Dr Ch. Vidal, de Castres.

N° 4. La régénération des familles et races tarées, prophylaxie et hygiène thérapeutique de l'hérédité morbide, par M. le Dr E. Contet, de Paris.

Commission : MM. Chantemesse, Vaillard, Netter.

Prix Desportes. — N° 1. Les traitements utiles du tabes, par M. le Dr A. Belugon, de La Malou.

Commission : Section de thérapeutique.

Prix Falret. — Question : *De l'état mental des dipsomanes.*

N° 1. Devise : « *Il y a quelquefois un entraînement maladif qui porte certains individus à abuser des boissons fermentées.* » (Esquirol.)

N° 2. Devise : « *Fils dégénérés de pères qui ne valaient pas leurs aïeux, nous aurons des enfants encore plus détestables que nous.* » (Horace.)

Commission : MM. Magnan, Motet, Joffroy.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — N° 1. Monographie sur les nerfs, basée sur les données récentes du neuroblaste segmentaire, par M. le Dr G. Durante, de Paris.

N° 2. Indications thérapeutiques dans les névralgies faciales rebelles et régénération nerveuse, par M. le Dr Marc Barthélemy, de Nancy.

N° 3. Publications relatives aux polynévrites, par M. le Dr M. Perrin, de Nancy.

N° 4. Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés, par M. le Dr Maurice Dide, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Méen (Rennes).

N° 5. Traité des torticolis spasmodiques; spasmes, tics, rythmies du cou, torticolis mental, etc., par M. le Dr René Cruchet, de Bordeaux.

N° 6. La méningite saturnine, par MM. les Drs Mosny et Malloizel, de Paris.

N° 7. De l'influence de la section expérimentale des racines postérieures sur l'état des neurones périphériques, par MM. les Drs J.-Ch. Roux et Jean Heitz, de Paris.

©BIUM

N° 8. L'encéphalite aiguë hémorragique. Devise : « *Ars longa, vita brevis.* »

N° 9. Recherches sur : 1° les troubles nerveux du mal de Pott ; 2° la tuberculose des centres nerveux, par M. le Dr L. Alquier, de Paris.

N° 10. Indications et résultats du traitement chirurgical des épilepsies essentielles généralisées, etc., par M. le Dr E. Vidal, d'Arras.

N° 11. Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit, par M. le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

N° 12. Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie, l'hystérie et les maladies nerveuses s'accompagnant d'épilepsie, par MM. les Drs A. Rodiet, médecin de l'asile public de Montdevergues, P. Pausier, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Montpellier, et F. Cans, interne à l'asile de Montdevergues.

Commission : MM. Hérard, Duguet, Raymond.

Prix Henri Lorquet. — N° 1. Le langage musical et ses troubles hystériques, par M. le Dr J. Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos-Ayres.

N° 2. Les empoisonneuses, étude psychologique et médico-légale, par M. le Dr René Charpentier, de Paris.

N° 3. Etude médico-légale sur le cas d'un époux uxoricide, par M. le Dr Samuel Garnier, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

Commission : MM. Magnan, Motet, Fernet.

Prix Pourat. — Question : *L'innervation sensitive, motrice et vasculaire du larynx. Etude expérimentale.*

N° 1. Devise : « *Ars longa, vita brevis.* »

Commission : MM. François-Franck, Duguet, Richet.

LES SUICIDES EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1904.

Le *Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année* 1904, qui vient de paraître (Paris, Imprimerie nationale, 1906), contient les renseignements suivants sur les suicides *constatés* par les autorités judiciaires durant cette année.

Il en a été constaté 8.876, au lieu de 8.885 en 1903.

Sexe. — Ces 8.876 suicides ont été commis : 6.805 (77 p. 100) par des hommes, et 2.071 (23 p. 100) par des femmes.

Age. — Il a été impossible de déterminer l'âge de 196 hom-

©BIUM

mes et de 49 femmes ; celui des autres suicidés est indiqué ci-après :

AGE	HOMMES		FEMMES	
Moins de 16 ans. .	34	ou 4 p. 100	18	ou 9 p. 100
16 à 20 ans. . . .	256		173	
21 à 24 —	402	ou 6 —	196	ou 10 —
25 à 29 —	540	ou 8 —	199	ou 10 —
30 à 39 —	940	ou 14 —	273	ou 13 —
40 à 49 —	1.159	ou 18 —	334	ou 17 —
50 à 60 —	1.334	ou 20 —	362	ou 18 —
Plus de 60 ans . .	1.944	ou 30 —	467	ou 23 —

Etat civil. — Les 8.415 suicidés dont l'état civil a pu être établi se décomposent ainsi :

DÉSIGNATION	HOMMES	FEMMES
Célibataires. . . .	2.116 ou 33 p. 100	616 ou 31 p. 100
Mariés.	2.740 ou 43 —	816 ou 41 —
Veufs ou divorcés.	1.552 ou 24 —	575 ou 28 —

Profession. — Le tableau suivant indique comment se distribuent les 8.876 suicidés d'après leur condition sociale :

Agriculture	2.329	ou 26 p. 100
Industrie	1.486	ou 17 —
Manutention et transport.	533	ou 6 —
Commerce.	1.011	ou 11 —
Professions libérales . . .	248	ou 3 —
Services domestiques . . .	1.106	ou 12 —
Propriétaires, rentiers. . .	853	ou 10 —
Services publics	252	ou 3 —
Sans profession.	1.058	ou 12 —

Domicile. — Les 8.278 suicidés dont on a pu connaître le domicile habitaient : 4.147 (50 p. 100) dans les communes rurales et 4.131 (50 p. 100) dans des communes urbaines.

Saisons. — Les statistiques ont depuis longtemps démontré l'influence de la température sur le suicide. Comme toujours, les morts volontaires ont été plus fréquentes au printemps et en été (55 p. 100) qu'en hiver et en automne (45 p. 100).

Janvier.	705	25 p. 100
Février.	658	
Mars.	805	
Avril.	864	29 —
Mai	890	
Juin	832	

©BIUM

Juillet	899	26 p. 100
Août	739	
Septembre	646	
Octobre	655	20 —
Novembre	609	
Décembre	574	

Modes de perpétration. — Pour se donner la mort, les suicidés ont employé les moyens suivants :

Submersion	2.320	ou 24 p. 100
Pendaison	3.408	ou 39 —
Armes à feu	1.171	ou 13 —
Charbon	739	ou 9 —
Instruments tranchants	204	ou 2 —
Poison	215	ou 3 —
Chute d'un lieu élevé	336	ou 4 —
Chute sous un train en marche	271	ou 3 —
Alcoolisme	116	ou 2 —
Autres	96	ou 1 —

Causes présumées des suicides. — Il reste à faire connaître les causes présumées des suicides, la plupart du temps très difficiles à saisir. Les agents rédacteurs des procès-verbaux n'ont pu y parvenir, en 1904, que pour 7.774 d'entre eux qui se trouvent classés ci-après :

Misère et revers de fortune	1.348	ou 17 p.100
Chagrins de famille	873	ou 11 —
Amour contrarié, jalousie	418	ou 6 —
Débauche, inconduite	163	ou 2 —
Accès d'ivresse, ivrognerie habituelle	1.095	ou 14 —
Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires	166	ou 2 —
Souffrances physiques	1.081	ou 23 —
Contrariétés diverses	608	ou 8 —
Maladies cérébrales	1.302	ou 17 —

Carnaval macabre.

Sous ce titre, le *Réveil du Finistère* (numéro du samedi du 2 mars 1907) publie une petite chronique des plus édifiantes sur les méfaits de l'alcool dans le département du Finistère. Nous nous faisons un devoir de la reproduire : il importe d'accumuler les preuves du mal qui nous ronge, pour qu'on se décide enfin d'appliquer les remèdes nécessaires.

« Pour fêter dignement le Mardi-gras, quatre gamins des environs de Landudal se donnèrent rendez-vous à Ty-Névez-Ker-

zaviou dans le débit du sieur François Anisis. Là, les quatre compères s'attablèrent joyeusement, et après s'être fait servir une première tournée commencèrent une partie acharnée de « tri-c'hon ».

« Le « tri-c'hon » est un jeu de hasard très pratiqué en Bretagne. L'enjeu est toujours de l'argent et le gagnant doit faire preuve de sa générosité en offrant de copieuses rasades d'alcool à ses partenaires.

« Autant de parties, autant de tournées d'alcool. Nos amis ne tardent pas à donner les signes d'une gaieté tant soit peu exubérante. Ils chantent, ils s'allongent amicalement des coups de poing, et, puisque la soif vient en buvant, les verres à peine remplis sont vidés à qui mieux mieux.

« Les buveurs d'eau sont des méchants, dit un vieux proverbe. Nos gaillards ne veulent pas qu'on les range dans cette méprisable corporation, ils ne sont pas amateurs de sirop de grenouilles. Leurs gosiers réclament du « fort », quelque chose qui râpe, et, toutes les couleurs de la gamme digestive et apéritive y passent successivement : cognacs rutilants, vulnéraires crayeux, rhums ambrés, bitters roses, vermouths vénéneux et toutes les purées baptisées par la distillerie de noms alléchants, et tous les amers parfumés au caramel, aux coques d'amandes et aux pépins de raisins.

« On boit, on boit. Les heures passent. Les palais poissés et pâteux réclament quelque chose de plus fort. Les quatre gamins se font servir des absinthes pures. « On est des hommes quoi! »

« Et la beuverie finit lamentablement. Les corps avachis s'affalent sous la table. Les ronflements et les hoquets succèdent à la joie bruyante de tout à l'heure. Le tenancier du débit voyant que rien ne va plus et que les consommateurs hébétés et rendus n'ont même plus la force de consommer, les secoue, les pousse dehors et leur intime l'ordre de déguerpir au plus tôt.

« Zigzaguant, titubant, se relevant pour retomber plus loin, les jeunes ivrognes s'éparpillent dans la nuit.

« Les trois premiers, après de longues pérégrinations, retrouvent leur demeures et s'avachissent dans quelque coin de grange où ils cuvent paisiblement.

« Le quatrième, après quelques bordées, tombe sur un tas de cailloux à cinq cent mètres de l'auberge. Le lendemain matin on le trouve mort. C'est Hervé Sizorn : il a quinze ans.

« Que dites-vous, lecteurs bénévoles, de ce fait-divers macabre, amplement narré la semaine dernière par tous les journaux de la région? Un enfant de quinze ans s'empoisonne d'alcool sous le regard placide d'un débitant patenté qui attend de le voir rouler ivre-mort à ses pieds pour le jeter à la rue. Bourgeois, qui blaguez les ligues antialcooliques, ne reconnais-

©BIUM

sez-vous pas qu'il y a dans cette mort d'enfant, la nuit, sur un fossé boueux de route, quelque chose à la fois de profondément triste et de répugnant?

« Il y a des lois, me direz-vous, qui défendent aux cabaretiers de vendre à boire à des enfants. Sans doute, et dans le débit Anisis comme dans les autres, ces lois sont précieusement encadrées à la place d'honneur, au-dessus du comptoir. Mais personne ne les fait appliquer. L'article 7 de la loi de 1873 sur l'ivresse publique dit textuellement : « *Sera puni d'un emprisonnement de six jours à un mois et d'une amende de* 16 *à* 300 *francs, quiconque aura fait boire jusqu'à l'ivresse un mineur âgé de moins de* 16 *ans accomplis* ». Et l'article 319 du Code pénal dit textuellement : « *Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura involontairement été la cause sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de* 50 *à* 600 *francs.* »

« Le cabaretier de Landudal tombe sous le coup de ces deux articles. On nous annonce cependant que, grâce à certaines interventions, son affaire sera tranchée par le juge de paix et qu'il s'en tirera avec au plus un franc d'amende. Nous aimons à croire que ces bruits ne sont pas fondés et que la loi sera appliquée.

« M. le Préfet du Finistère s'est ému de pareils faits. Il vient d'inviter la gendarmerie et les commissaires de police du département à se montrer très sévères dans la répression des délits d'ivresse et à veiller à la stricte observation des arrêtés préfectoraux règlementant la police des cafés, débits et cabarets. Nous félicitons hautement M. le Préfet de cette énergique initiative. Trop de crimes se commettent journellement en Bretagne au nom de l'alcool. Il est temps d'en finir. Notre législation antialcoolique n'est pas si complexe : qu'on l'applique intégralement. Le département du Finistère a — ne l'oublions pas — le triste honneur de détenir en France le record des procès d'ivresse, et le chiffre de ce record ne pourra qu'augmenter lorsque la loi sera sérieusement suivie. Tant pis ! Que M. le Procureur de la République poursuive énergiquement.

« Et, surtout, qu'on mette fin à ce sinistre scandale de marchands d'alcools patentés qui ne craignent pas, au mépris des lois, d'intoxiquer des enfants. »

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN SUÈDE

On connaît les merveilleux résultats obtenus en Suède dans la lutte entreprise contre l'alcoolisme. Au moment où l'on

©BIUM

semble vouloir combattre chez nous le bon combat contre ce fléau social, il est bon de rappeler ce qui s'est fait en Suède. Nous ne saurions mieux faire, pour cela, que de reproduire la correspondance suivante de Stockholm, publiée par le *Temps* (numéro du mercredi 30 janvier 1907) :

« Stockholm, 24 janvier.

« Au moment où l'on s'occupe non seulement de combattre l'alcoolisme par une campagne morale, mais de faire intervenir la législation à cet effet, il est intéressant de montrer comment, en Suède, la lutte a abouti à une victoire.

« En 1830, la consommation de l'alcool en Suède était estimée à 40 litres par habitant. En 1895, elle n'était plus que de 6 litres par habitant. Ainsi, durant ce laps de temps, les efforts intelligents des patriotes, secondés par le gouvernement suédois, avaient réussi à faire descendre la consommation au sixième de ce qu'elle était antérieurement.

« Par quelles mesures cette transformation a-t-elle pu être obtenue? L'honneur en revient surtout au célèbre système de Gottembourg, combiné avec la législation suédoise de 1855 sur le régime des eaux-de-vie.

« Il est à remarquer que le développement effrayant pris en Suède, à partir de la fin du XVIII[e] siècle, par la consommation de l'eau-de-vie, date de l'institution du monopole d'Etat, qui, en France, a été parfois proposé comme une panacée contre l'abus de l'alcool. Institué en Suède en 1775, ce monopole, pour réaliser de plus gros bénéfices, poussa tant à la consommation que « le fleuve d'eau-de-vie » menaça bientôt de submerger le pays. La suppression du monopole d'Etat ne réussit pourtant pas à l'endiguer, la fabrication de l'alcool ayant été permise, par un excès contraire, à tout possesseur d'une terre.

« Le mouvement antialcoolique, commencé par Pierre Wieselgren, doyen de Gottembourg, et poursuivi pendant plus de trente ans, aboutit aux réformes de 1855, qui restent encore, avec quelques modifications, la base de la législation actuelle de la Suède sur les eaux-de-vie.

« Celle-ci tend à réprimer l'alcoolisme par une série de mesures restrictives tant sur la fabrication que sur la vente de l'alcool.

« En ce qui concerne la fabrication, on a cherché à transformer l'alcool en article de grande industrie, impossible à fabriquer autrement que sur une grande échelle. Pour atteindre ce but, on l'a frappé d'impôts qui, en 1888, montèrent à 138 francs par hectolitre. En outre, on fixa la fabrication minimum à 4 hectolitres d'alcool pur par jour. Ce chiffre fut ensuite abaissé à 2 hectolitres et demi en 1871.

« Pour limiter encore la production de l'alcool, on ne l'au-

©BIUM

torisa que pendant deux mois de l'année. Toutefois, depuis 1871, l'espace de temps pendant lequel la fabrication de l'alcool est licite a été étendu à sept mois.

« Le résultat de ces mesures fut la disparition complète des bouilleurs de cru. En 1829, il y avait en Suède 172.124 distilleries. En 1898, il y en avait 128.

« Il est vrai que tandis que les premières fabriquaient par an, en moyenne, 3 ou 4 hectolitres d'alcool pur, les autres en produisaient, toujours en moyenne, 1.500 hectolitres.

« En ce qui concerne la vente, le commerce en gros est libre, mais le chiffre minimum de vente, fixé d'abord à 40 litres à la fois, a été relevé jusqu'à 250 litres, le système des cotisations ayant paru rendre la première mesure illusoire. Le commerce en détail ne peut vendre moins d'un litre, et pour emporter, non pour consommer sur place. En outre il ne peut s'exercer qu'avec la permission des autorités communales. Il en est de même, à plus forte raison, pour les débits, qui sont soumis à une réglementation très sévère. Ils doivent être fermés à huit heures du soir, et dans les villes à dix heures. Enfin, on ne peut recouvrer une créance pour de l'eau-de-vie livrée à crédit.

« La vente de l'eau-de-vie est, ainsi que sa fabrication, soumise à un impôt important : 42 francs par hectolitre d'alcool pur.

« Enfin, les communes ont le droit d'interdire la vente des eaux-de-vie sur leur territoire. Le résultat de cette faculté a été de supprimer complètement les débits sur de grandes étendues de pays. Pour toute la campagne suédoise, soit pour 5 millions d'habitants, on ne compte actuellement pas plus de 123 débits permanents. Dans quatre provinces, il n'existe pas un seul débit.

« Dans les villes, la situation est sensiblement différente. Aucune des municipalités n'a cru pouvoir supprimer le débit des eaux-de-vie. Sur ce point, la loi de 1855 se montrait donc insuffisante à apporter les modifications qu'on souhaitait. C'est de cette constatation qu'est sorti le *système de Gottembourg*, qui est appliqué par un grand nombre de villes suédoises, et qui a attiré plus particulièrement l'attention de l'étranger.

« Le principe fondamental de ce système est que dans chaque commune urbaine, le commerce des eaux-de-vie est confié à une société qui ne touche pour les fonds avancés par elle que l'intérêt courant et abandonne tout le reste des bénéfices à des œuvres utiles.

« La première conséquence de ce système est que la société n'a pas intérêt à augmenter son chiffre d'affaires ; aussi arrive-t-il souvent que les société de ce genre laissent inemployées une

©BIUM

partie des licences dont elles disposent. De plus, comme dans chaque cabaret on sert à manger, et que le tenancier a droit de commission sur la nourriture, mais non sur les spiritueux, il n'est pas de son intérêt d'augmenter la vente des eaux-de-vie.

« Dans beaucoup d'endroits, en outre, un grand nombre de règlements de détail sont étudiés pour limiter encore la consommation. A Gottembourg, par exemple, la société a installé des restaurants convenables, où l'on sert seulement le « schnaps », apéritif, à l'heure du repas. En outre, elle a fondé, dans différents endroits de la ville, des salles de lecture qui reçoivent par an 300.000 visites environ.

« On peut constater les effets bienfaisants de ce système en sachant que dans les vingt dernières années, grâce à lui, la consommation de l'alcool a baissé d'environ 40 p. 100 à Stockholm et 45 pour 100 à Gottembourg. Ajoutons enfin que depuis 1892, la loi a introduit, dans le programme obligatoire des écoles, des leçons sur la nature et les effets des boissons spiritueuses. »

DESTRUCTION DE L'ASILE D'ALIÉNÉS D'AGNEW, PRÈS DE SAN-FRANCISCO.

On se rappelle l'épouvantable désastre qui détruisit inopinément San-Francisco le 18 avril 1906. L'asile d'aliénés d'Agnew, situé près de la ville, n'échappa point aux effets du tremblement de terre. Il fut presque entièrement détruit, et les murs en s'écroulant firent de nombreuses victimes. Il fallut en toute hâte pourvoir aux besoins de ceux qui restaient indemnes. On le fit avec une décision, une promptitude et une habileté tout à l'honneur de ceux qui eurent à y pourvoir. Nous avons sous les yeux quelques pages écrites à ce sujet par le directeur-médecin de l'asile, le Dr Léonard Stocking ; nous en extrayons les détails suivants qui nous paraissent particulièrement dignes d'intérêt.

C'est à cinq heures treize du matin que se produisit le tremblement de terre. Tous les bâtiments de l'asile, construits en briques, furent ébranlés et ceux qui s'écroulèrent amenèrent la mort de 11 employés et de 101 pensionnaires. Parmi les employés tués se trouvaient deux médecins adjoints, le Dr E.-A. Kelley et le Dr Lillian A. Dell, ainsi qu'un surveillant général. Il y eut un assez grand nombre de blessés, dont quelques-uns grièvement.

Le premier moment de stupeur passé, ce fut un sauve-qui-peut général où tout le monde, fonctionnaires, employés ou pensionnaires, se mit à l'œuvre pour s'entr'aider les uns les

©BIUM

autres à se tirer d'affaire, ce qui n'était pas mince besogne, dans une population d'environ douze cents personnes.

On commença par secourir et réunir tous ceux qui étaient sains et saufs. On se mit ensuite à rechercher ceux qui étaient ensevelis sous les décombres. Un certain nombre de ces derniers n'avaient pour ainsi dire aucune blessure, ce qui était vraiment une grande chance. Ce furent des aliénés de l'asile qui, d'eux-mêmes, portèrent secours au Dr Stocking et à sa famille dans le bâtiment où il se trouvait.

En une journée, ce qui montre que le temps fut bien employé, on parvint à réunir, chacun de leur côté et séparément, les morts, les blessés, les indemnes. Un certain nombre de blessés furent transportés dans les hôpitaux de San-José. Avant la nuit, on eut dressé sous les arbres des tentes où les autres eurent des lits, les soins dont ils avaient besoin et de la nourriture. Dès la seconde nuit, il y eut des tentes et des abris divers pour tout le monde. Employés et aliénés s'y trouvèrent si bien qu'ils demandèrent ensuite à y passer tout l'été.

Aucune des installations de l'asile, cuisines, boulangerie, blanchisserie, appareils d'éclairage, ne pouvait être utilisée; tout était plus ou moins complètement endommagé ou détruit. On y pourvut par des installations hâtives.

En trois semaines on put construire un bâtiment provisoire pour trois cents femmes, avec lavabos et salles de bains. En deux autres semaines, on en fit un semblable pour les hommes.

Une centaine de pensionnaires furent hospitalisés à Stockon. Tous ceux que leurs familles purent recevoir leur furent provisoirement rendus.

Il est à noter que malgré le désarroi général et la désorganisation presque complète de la surveillance, il n'y eut que peu d'évasions; encore la plupart des évadés revinrent-ils bientôt d'eux-mêmes.

Arrivé à sa réorganisation dans les conditions que nous venons d'indiquer, l'asile avait une population de huit cents personnes, et malgré toutes les insuffisances de l'installation, la bonne volonté générale, docilité de la part des pensionnaires, activité et dévouement de la part des employés, fit que tout marchait assez bien. Aussi le Dr Stocking a-t-il pu rendre à tout le monde un tribut bien mérité d'éloges et de remerciements.

L'asile détruit est entièrement inutilisable; ses fondations mêmes ont été si fortement ébranlées qu'elles ne peuvent plus servir. Il est donc question de tout reconstruire à neuf. Et déjà les pouvoirs publics ont mis pour cela des sommes importantes à la disposition du directeur-médecin, qui se propose de mettre à profit les progrès d'organisation les plus modernes et les

©BIUM

meilleurs. Il est médecin ; s'il a les coudées franches, il pourra bien faire. Mais, dirons-nous, Dieu le préserve des architectes !

Dans le compte rendu qu'il a donné du désastre de son asile, le Dr Stocking n'a rien dit sur lui-même. Il mérite cependant des éloges, car on se rend bien compte que si les secours ont été promptement organisés, si la discipline et le bon ordre ont continué de régner autour de lui quand tout semblait devoir les rendre impossibles, c'est bien à lui que cela a été dû. Il était l'homme qu'il fallait en de si graves circonstances. V. P.

Les aliénés en liberté (*suite*).

16. *Incendie et tentative de suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 26 novembre 1906) :

« Vers une heure du matin, la nuit dernière, les habitants du 24 de la rue des Cascades étaient réveillés subitement par un bruit terrible qui partait d'un logement du troisième étage. En même temps, une épaisse fumée se répandait dans l'escalier. On se précipita. On enfonça la porte. Le locataire, un certain Martial Maugard, ouvrier tailleur, apparut, poussant des cris affreux, armé d'une hache et brisant tout autour de lui, tandis que des flammes jaillissaient déjà des meubles mis en pièces. Le malheureux, devenu subitement fou, avait mis le feu chez lui de ses propres mains.

« Personne n'osait s'approcher du forcené qui, saisi d'une fureur nouvelle à la vue des voisins, s'empara d'un rasoir et se fit à la gorge une horrible blessure. Puis, ouvrant la fenêtre, il bondit dans le vide.

« Quand on le releva, il était dans un état lamentable. Il a été dirigé sur l'hôpital Tenon, où son état est jugé à peu près désespéré. Les pompiers de la caserne de la rue de la Mare ont dû procéder à l'extinction du commencement d'incendie. »

17. *Incendie et suicide.* — A la suite du fait-divers précédent, le *Matin* relate le suivant :

« Presque à la même heure, une dame, Mme veuve Blanc, ménagère, prise aussi d'une crise subite d'aliénation mentale, tentait également de mettre le feu chez elle, rue de Crimée. Elle avait arrosé ses meubles avec de l'essence et tout commençait déjà à flamber quand les voisins s'en aperçurent. Tandis qu'on courait prévenir les pompiers de la place de Bitche, Mme Blanc réussissait à prendre la fuite. Son cadavre, quelques heures plus tard, était repêché dans le bassin de la Villette. »

18. *Suicide.* — Mme veuve Roux, âgée de cinquante-sept

©BIUM

ans, demeurant rue du Pré-Saint-Gervais, 58, à Paris, s'était rendue, hier, chez son gendre, rue Carnot, à Romainville, quand, dans un accès subit d'aliénation mentale, elle se précipita par une fenêtre située au troisième étage et se brisa le crâne sur le sol. La mort fut instantanée. (Le *Journal*, numéro du lundi 3 décembre 1906.)

19. *Excentricités*. — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 10 décembre 1906 :

« Anaïs Irévault, vieille demoiselle de soixante-cinq ans, habite, de longue date, rue de l'Aqueduc.

« A la suite d'une grave maladie qu'elle fit, il y a six mois environ, sa raison parut fort ébranlée.

« Tout d'abord, et sur les conseils de son médecin, la famille de la pauvre fille la confia à la surveillance d'une garde-malade. Toutefois, Anaïs ayant paru recouvrer son bon sens, cette garde-malade fut supprimée. La vieille demoiselle continua donc, comme par le passé, de vivre dans la seule compagnie de sa petite chienne, Mirza, qu'elle aimait à la folie. Or, ces jours derniers, brusquement, Anaïs fut reprise d'une crise de folie dont Mirza fut la première victime. Sous le prétexte qu'elle était enragée, sa maîtresse, sans prendre seulement la peine de s'en assurer, l'assomma.

« Alors, devant le cadavre de la petite bête, Anaïs se livra à une telle mimique, entremêlée de cris et de sanglots, que les voisins prévinrent la concierge, qui, à son tour, avisa la famille de la démente.

« Il avait été convenu qu'on viendrait la chercher, hier, pour la conduire dans une maison de santé.

« L'avant-dernière nuit, au cours d'une crise plus violente encore que de coutume, l'infortunée démente arrosa son lit de pétrole pour y mettre le feu. Puis, dans le but de chasser les esprits qui — dans sa conviction — demeuraient dans son appartement, elle prit un revolver et le déchargea dans sa chambre. On devine l'émoi des habitants de l'immeuble en entendant une telle fusillade. Non sans peine, des agents du commissariat de M. Archer, informés, purent s'emparer de la folle, que l'on transporta à l'infirmerie spéciale. »

20. *Folie collective*. — On écrit de Melle (Deux-Sèvres) à la *Liberté* (numéro du mardi 11 décembre 1906) :

« Un bien curieux cas de folie collective vient de se produire dans la ferme Latouche, dans la commune de Périgné, qui était exploitée par la famille Gilbert.

« Toute cette famille, composée du père, de la mère, d'un garçon âgé de vingt-huit ans, d'une fille de vingt-trois ans, et enfin d'une domestique âgée de douze ans, vient d'être prise subitement et collectivement d'accès de folie furieuse.

©BIUM

« Les malheureux, devenus insensés, ont cassé tous les meubles de la maison et ont tiré des coups de feu sur tous ceux qui ont tenté d'approcher de la ferme.

« Presque nus, couverts de blessures causées par des éclats de vitres, ils ont enfin été maîtrisés et les quatre infortunés ont été internés à l'hospice de Niort. »

21. *Tentatives d'homicide et de suicide. Folie à deux.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 23 décembre 1907) :

« Un épouvantable drame de famille s'est déroulé ce matin à Saint-Denis, M. Pouvenot, qui avait déjà donné des signes de dérangement mental, était depuis quelque temps dans un état de fureur indicible contre son fils, qui avait récemment fait un mariage auquel il s'était opposé. Durant toute la nuit, il ne cessa de proférer les pires menaces et arriva à faire partager son indignation, d'ailleurs peu justifiée, à sa femme. Au petit jour, ils quittèrent leur domicile, 27, rue Ernest-Renan. M. Pouvenot était armé d'un revolver et sa femme d'un grand couteau. Ils pénétrèrent chez leurs enfants à sept heures ce matin et essayèrent de massacrer leur fils, leur belle-fille et la mère de celle-ci. Mais les balles, mal dirigées, n'atteignirent personne. De plus en plus furieux, M. Pouvenot dirigea alors son arme contre lui-même, et se tira les deux dernières balles de son revolver. Il se blessa assez gravement au bras et au ventre. Pendant ce temps M^me^ Pouvenot se coupait la gorge avec son couteau. Ses blessures sont graves. Elle ne peut prononcer une parole. Elle a été transportée à l'hôpital de Saint-Denis, ainsi que son mari. Les réponses de ce dernier sont si incohérentes que toutes les circonstances de ce drame sont encore loin d'être éclaircies. Le commissaire de police de Saint-Denis-sud informe. »

22. *Tentative d'homicide et suicide.* — On télégraphie de Grenoble au *Petit Journal* (numéro du mercredi 2 janvier 1907) :

« Ce matin, vers cinq heures, le nommé Albert Réal, âgé de trente-six ans, voyageur de commerce, qui était atteint de la manie de la persécution, a, dans un accès de délire, tenté de tuer sa femme en lui portant quatre coups de couteau.

« Le fou s'est ensuite précipité par une fenêtre du troisième étage de son domicile, rue de l'Abbé-Grégoire, et s'est si grièvement blessé qu'il est mort pendant qu'on le transportait à l'hôpital.

« Sa femme, née Célina Mourot, âgée de trente-huit ans, qui a reçu trois coups de couteau dans les reins et un autre moins grave, est dans un état très inquiétant. »

23. *Uxoricide et suicide.* — On télégraphie de Cahors au *Journal* (numéro du dimanche 6 janvier 1907) :

©BIUM

« Un drame épouvantable vient d'être découvert à Montvalent.

« N'ayant pas vu, depuis hier matin, le chef de gare, M. Bes, âgé de quarante ans, ni sa femme, ni son bébé, âgé de deux ans, un facteur se décida à entrer dans l'appartement occupé par eux et trouva la fillette en larmes. Mme Bes était étendue, morte, dans sa chambre. On lui avait fracassé le crâne avec un morceau de rail, servant de chenêt, long de 80 centimètres. Elle avait la bouche fermée par un baillon et un fichu enfoncé dans la gorge.

« Après d'assez longues recherches, on retrouva le cadavre du chef de gare dans le puits attenant au jardin de la station. Le malheureux a dû assassiner sa femme dans un accès de folie furieuse et se suicider ensuite. Personne n'a entendu crier.

« Mme Bes était âgée de quarante-cinq ans. »

24. *Homicide.* — On télégraphie de Bruxelles au *Journal* (numéro du lundi 7 janvier 1907) :

Un crime horrible a été commis hier, à Kortessem, dans le Limbourg.

Un propriétaire, M. Libotte, était, depuis quelque temps, atteint de folie mystique. Hier après-midi, armé d'une barre de fer, dont l'extrémité était pointue, il frappait rageusement un de ses voisins, M. Grosemans, dix-neuf ans, étendu à ses pieds, en psalmodiant des litanies et en récitant des *Pater*.

Plusieurs habitants du village, attirés par les cris de la victime, accoururent sur les lieux ; mais, en raison de l'attitude acharnée du criminel, aucun n'osa intervenir.

Cependant, Libotte continuait à planter sa barre de fer dans la tête et dans le corps de Grosemans. La figure de celui-ci ne forma bientôt plus qu'une bouillie horrible.

Les gendarmes arrivant enfin, l'agresseur jeta son arme et se laissa docilement amener chez le garde champêtre.

Là, revenu à lui, il se mit à pleurer, en se frappant la poitrine :

— On m'avait toujours dit d'être bon, gémit-il. Je vous demande pardon de ce que j'ai fait. Mais une force surnaturelle m'a poussé à agir de la sorte.

Ce n'est pas la première fois que Libotte commet des actes de violence. Déjà, il y a quelque temps, il saccagea la maison de Grosemans, qu'il paraissait particulièrement abhorrer.

25. *Excentricités.* — Gros scandale, hier matin, vers sept heures, dans la rue d'Amsterdam. Un individu allait souriant, de droite à gauche ; chaque fois qu'il voyait venir une femme, il se portait au-devant d'elle, s'approchait et se confondait en politesses et en salamalecs. Puis il priait de s'arrêter la passante, confuse et gênée de tant d'affabilité, se plaçait devant elle au

©BIUM

beau milieu de la chaussée et exécutait une danse du ventre fort expressive.

Satisfait de sa mimique, il revenait vers la passante et l'invitait à le suivre, en l'appelant du doux nom de Marie; et ainsi pour toutes celles qui s'aventurèrent rue d'Amsterdam, à cette heure matinale; toutes assistaient au même spectacle et toutes s'entendaient invariablement prénommer Marie.

La scène durait depuis près d'une heure, lorsque survinrent des agents qui conduisirent le galant personnage au commissariat de police du quartier de l'Europe.

Interrogé, il débita des incohérences, se déclara directeur de cirque, puis proclama qu'il était ami intime d'un aéronaute fameux. Le commissaire n'eut d'autre ressource que d'envoyer le pauvre aliéné, un nommé Gabriel Hervé, vingt-cinq ans, demeurant 19, rue des Batignolles, et originaire de Vendée, à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du lundi 7 janvier 1907.)

26. *Suicide.* — Dans le parc de Glatigny, hier après-midi, des gardes furent attirés par le bruit d'une détonation d'arme à feu. Ils s'empressèrent vers l'endroit d'où le coup était parti et trouvèrent étendu sur le sol, rouge de sang, le corps d'un officier.

C'était le capitaine Noix, âgé de trente-sept ans, de la 3e compagnie d'artificiers, demeurant avenue de Saint-Cloud, 47, et qui venait d'être affecté tout récemment au 15e d'artillerie, à Cherbourg.

Transporté à l'hôpital militaire, tous les soins furent inutiles. Le capitaine, qui était neurasthénique, s'était logé une balle de son revolver d'ordonnance dans la tempe gauche, et la mort avait fait son œuvre.

Sur la demande de la famille, le général Dupommier, commandant la place, a ordonné le transport du corps au domicile du défunt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 10 janvier 1907.)

27. *Parricide.* — On télégraphie de Tarbes au *Petit Journal* (numéro du dimanche 13 janvier 1907):

Le nommé Joseph Lezan, âgé de trente-six ans, a assommé, dans un accès de folie furieuse, à coups de matraque, son père, âgé de soixante-douze ans; puis il s'est enfui, armé d'un grand coutelas et d'un tiers-point.

Les gendarmes de Saint-Laurent, où s'est déroulé ce drame, se sont emparés du fou.

28. *Suicide.* — Dans une crise de folie, hier matin, M. Joseph Bertrand, trente-huit ans, fabricant de fouets, 32, rue de Meaux, s'est précipité par la fenêtre de son logement; le malheureux est mort un peu plus tard à l'hôpital Saint-Louis. (*Le Journal*, numéro du dimanche 13 janvier 1907.)

©BIUM

29. *Suicide.* — Un mécanicien, Charles Pigaut, âgé de quarante ans, s'est pendu, la nuit dernière, à la rampe de l'escalier de sa maison, rue Nationale. Il s'est tué dans un accès de délire alcoolique. (*Le Petit Journal*, numéro du lundi 14 janvier 1907.)

30. *Menaces de mort et agressions violentes.* — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du mardi 15 janvier 1907) :

Un nommé Eugène-Lambert Duparc, âgé de cinquante-huit ans, cordonnier, rue de la Prévoyance, à Vincennes, qui a été interné à plusieurs reprises, a, hier, au cours d'un nouvel accès de folie furieuse, proféré des menaces de mort contre ses voisins, qui ont informé le commissaire de police, M. Pols. Celui-ci s'est rendu, accompagné de plusieurs agents, au domicile du dément.

Le malheureux fou, qui tenait à la main un long couteau, s'est élancé sur le commissaire de police. Fort heureusement: les agents Apied et Véber ont pu le désarmer, mais ils ont été blessés aux bras et aux mains. On a dû alors ligotter Duparc pour le diriger sur l'infirmerie spéciale de la préfecture de police.

31. *Homicide.* — On télégraphie de Nice au *Journal* (numéro du mercredi 16 janvier 1907) :

Un drame horrible s'est déroulé, la nuit dernière, au hameau de Saint-Antoine-de-Siga, commune de Levens.

Un nommé Eloi Carlon, âgé de trente-cinq ans, a tué avec un acharnement féroce un de ses concitoyens, Rosalinde Carlon, trente-quatre ans.

Le meurtrier, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales, s'était rencontré avec sa victime, avec qui il eut une discussion. La dispute s'envenima vite et dégénéra en querelle sanglante. Muni d'un fusil, Eloi Carlon en asséna un formidable coup de crosse sur la tête de son adversaire, qui tomba inanimé. La vue du sang excita la fureur du déséquilibré, qui, avec une sauvagerie sans exemple, tomba sur sa victime, la frappa plusieurs fois avec son arme et la piétina affreusement. La tête, notamment, était méconnaissable, en raison des marques des coups de fusil et de talon que le forcené lui porta. Le front, le maxillaire supérieur et la joue droite étaient totalement arrachés ; les yeux pendaient hors des orbites.

Le meurtrier s'est constitué prisonnier.

32. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *le Matin* (numéro du jeudi 17 janvier 1907) :

Ancien gardien de la paix de la Ville de Paris, M. Viraut vivait paisible à Gennevilliers. Il n'avait plus de famille et ne le déplorait pas, ayant reporté soute son affection sur trois gros chiens bruyants et doux qu'on le voyait chaque jour

©BIUM

promener sur les bords de la Seine. Il n'avait point d'autres amis.

A fréquenter exclusivement les bêtes, M. Viraut estima qu'elles seules sont capables d'affections sincères et désintéressées, et, sur ces entrefaites, il devint inquiet et soupçonneux. Volontiers, il s'imaginait que ses voisins cherchaient à maltraiter ses chiens et, à plusieurs reprises, on l'entendit proférer de sourdes menaces contre quiconque s'aviserait de toucher un poil de ses terre-neuve.

Avec le temps, cette manie de persécution s'aggrava. Le 7 décembre se produisit un incident qui faillit tourner au tragique : une honorable ménagère, Mme Dictus, ayant jeté des pierres à l'un des « amis » de M. Viraut, l'ex-sergent de ville entra dans une violente colère. S'armant d'un revolver, il fit feu sur Mme Dictus, sans l'atteindre, du reste.

M. Viraut fut arrêté et mis à la disposition de M. Flory, juge d'instruction. A plusieurs reprises le magistrat l'interrogea, en présence de Me Bergouhnioux de Wailly. A toutes les questions du juge, l'inculpé répondit :

— Pourquoi j'ai tiré sur cette misérable!... Allez chercher mes chiens, ils vous le diront !

M. Flory fit examiner Viraut par le Dr Vallon, médecin aliéniste.

L'expert vient de déposer son rapport, concluant à l'absolue irresponsabilité de l'inculpé, qui sera interné.

Que vont devenir les trois terre-neuve?

33. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du vendredi 18 janvier 1907) :

Un douloureux incident s'est produit, hier, au cimetière communal de Pantin.

Il y a quelques jours, M. Edouard Gaulin, âgé de trente-cinq ans, perdait sa femme. Il en conçut un vif chagrin ; le souvenir de la disparue le hantait sans cesse, au point qu'il cessa tout travail et ne tarda pas à en perdre la raison.

Hier, il se rendit sur la tombe de la morte ; il s'y livra à un tel scandale que l'on dut aussitôt procéder à son expulsion.

A peine fut-il parvenu à l'extérieur du cimetière, qu'il sortit un revolver de sa poche et fit feu dans toutes les directions, provoquant un affolement général.

Personne, heureusement, ne fut atteint.

Le commissaire de police a fait diriger le pauvre aliéné sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

34. *Parricide et suicide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du samedi 26 janvier 1907) :

Un drame effroyable s'est déroulé hier, 48, rue de la Bienfaisance. M. Henri Van Blarenberghe, fils de l'ancien prési-

©BIUM

dent du Conseil d'administration de la Compagnie de l'Est, a, dans un accès de folie, tué sa mère, et s'est ensuite suicidé dans les conditions les plus tragiques.

Il était trois heures et demie, lorsque, affolé, le valet de chambre de M. Henri Van Blarenberghe, M. Maréchal, se présenta au bureau du commissariat du quartier de l'Europe, 10, rue Clapeyron, en annonçant qu'au cours d'une crise, son maître venait de tuer sa mère, M^me^ veuve Van Blarenberghe, née Thibault-Bunel. M. Leproust, commissaire de police, se rendit aussitôt rue de la Bienfaisance ; M. Maréchal lui fit le récit suivant :

A huit heures du matin, M. Van Blarenberghe s'était levé sans que son état présentât rien d'anormal, puis, sa toilette faite, était descendu à l'étage inférieur afin de souhaiter le bonjour à sa mère, qui était encore au lit. Au grand étonnement de cette dernière, il lui annonça son intention de partir le lendemain pour les bains de mer, en automobile. M^me^ Van Blarenberghe sourit tristement — car elle voyait dans ce propos un indice inquiétant de la mentalité de son fils — et lui fit doucement observer que nous étions au mois de janvier, et que par conséquent la saison se prêtait mal à un pareil projet. M. Van Blarenberghe ne répondit rien, remonta chez lui pour travailler jusqu'à onze heures avec son secrétaire, M. Petit, puis se rendit au Comptoir d'escompte.

A midi et demi il rentrait chez lui, rue de la Bienfaisance, où, vêtue d'un peignoir noir, sa mère l'attendait pour le déjeuner. Le repas eut lieu sans incident. A une heure survint un visiteur, M. Monthiers, qui resta jusqu'à deux heures.

Il sortait à peine lorsque retentit une sonnerie d'alarme que M^me^ Van Blareberghe avait fait placer dans sa chambre, en prévision de tout événement, car son fils avait déjà subi un internement de dix mois dans la maison de santé du D^r^ Falret, à Vanves, et elle appréhendait le retour d'une crise. Hâtives, précipitées, les sonneries se multiplièrent. Le valet de chambre accourut aussitôt et, quatre à quatre, gravit l'escalier conduisant au premier étage. Là, sur le palier, il aperçut M. Van Blarenberghe aux prises avec sa mère qui essayait de lui arracher un revolver d'ordonnance qu'il braquait dans sa direction et dont il la menaçait. Dès qu'il aperçut Maréchal, il lui intima l'ordre de se retirer, puis abaissa l'arme dans sa direction et pressa la gâchette. Le coup ne partit pas. Le valet de chambre se jeta courageusement entre la mère et le fils et tenta de les séparer ; puis il ouvrit une fenêtre et appela au secours. Le chauffeur et la concierge accoururent. Ils trouvèrent la malheureuse octogénaire en proie à la plus profonde terreur et poussant des cris déchirants : « Henri ! Henri !

©BIUM

qu'as-tu fait, malheureux? » s'écriait-elle. Puis elle s'abattit sur les premières marches de l'escalier, couverte de sang. Les yeux hagards, son fils se tenait debout derrière elle et se frappait la poitrine avec un poignard. Devant cet horrible spectacle, les domestiques, effrayés, coururent chercher du secours, et bientôt arrivèrent quatre agents de police. Mme Van Blarenberghe gisait inanimée, dans une mare de sang. Elle avait reçu deux balles de revolver, l'une au bras, l'autre au front, et portait en outre de profondes blessures. Elle avait rendu le dernier soupir lorsqu'on la transporta sur son lit, dans sa chambre. Quant à son fils, il avait disparu.

Dès son arrivée rue de la Bienfaisance, M. Leproust, guidé par Maréchal, organisa une véritable battue dans toute la maison, étage par étage. Quand il arriva aux appartements spéciaux occupés par M. Van Blarenberghe, au troisième étage, il trouva la porte de la chambre à coucher de ce dernier soigneusement fermée à l'intérieur.

Il donna l'ordre de l'enfoncer. On aperçut alors le meurtrier, gisant sur le tapis, près de son lit, la figure ruisselante de sang, un fusil de chasse à percussion centrale entre les jambes. Il portait une effroyable blessure à la tempe gauche. La charge avait fait balle, et, brisant l'apophyse zygomatique, avait presque complètement enlevé l'oreille.

— M'entendez-vous? dit M. Leproust au malheureux, qui respirait encore. Regardez-moi!

Le blessé ouvrit l'œil droit, cligna la paupière une seconde, et ne put prononcer une parole. A ce moment arrivait le professeur Lancereaux, de l'Académie de médecine, qui habite une maison voisine, bientôt suivi du Dr Le Play. M. Van Blarenberghe ne laissait plus aucun espoir. Il rendit le dernier soupir après trois heures et demie d'agonie.

XVIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de Genève-Lausanne, 1er au 7 août 1907.

Le XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Prevost, de Genève.

Travaux scientifiques. — Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Lille pour faire l'objet de rapports et de discussions :

1° *Psychiatrie.* — « Les psychoses périodiques ». Rapporteur : M. le Dr Antheaume, de Paris;

©BIUM

2° *Neurologie.* — « Définition et nature de l'hystérie ». Rapporteurs : M. le Dr Claude, de Paris, et M. le Dr Schnyder, de Berne;

3° *Médecine légale.* — « L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité ». Rapporteur : M. le Dr Gilbert-Ballet, de Paris.

Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Présentations de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques. Une séance sera réservée aux démonstrations avec projections lumineuses.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

Visite des asiles d'aliénés de Bel-Air, Céry, Marsens.

PROGRAMME DU CONGRÈS — Les séances auront lieu à Genève, les jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 août, et à Lausanne, le lundi 5 août.

Le dimanche 4 ne comportera aucune réunion officielle. Le Comité a été informé que des invitations seraient envoyées pour ce jour-là aux congressistes par les stations françaises de Divonne-les-Bains (Ain) et Evian-les-Bains (Haute-Savoie), l'une et l'autre peu distantes de Genève et de Lausanne.

Pour les deux derniers jours du Congrès, mardi 6 et mercredi 7 août, des excursions seront organisées à Montreux, Territet, Glion, Caux, les Rochers de Naye, la Gruyère, etc.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera envoyé ultérieurement à tous les membres adhérents.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 *francs pour les membres adhérents*, *de* 10 *francs pour les membres associés.*

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports; après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemin de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Genève.

©BIUM

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

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.*

ANNÉE 1909

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur 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 Semelaigne. — 500 francs. — Question : *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

ANNÉE 1910

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Belhaume. — 900 francs. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1907, pour les prix à décerner en 1908, le 31 décembre 1908 pour les prix à décerner en 1909, et le 31 décembre 1909 pour les prix à décerner en 1910, 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 Ve VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

La revision de la loi du 30 juin 1838 à la Chambre des députés ; par le Dr A. Giraud 177

II. — Histoire.

Nature et localisation des fonctions psychiques chez l'auteur du *Traité de la maladie sacrée* ; par le Dr Jules Soury 191

III. — Pathologie.

De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde ; par le Dr G. Rougé . . . . . 5 et 221

Automatisme ambulatoire (observations cliniques) ; par le Dr Paul Courbon 22

Contribution à l'étude de la psychose de Korsakoff à marche continue ; par le Dr Serge Soukhanoff 49

Encore la question de la démence précoce ; par le Dr Soutzo fils . . . . . 243 et 389

Des substances qui interviennent dans la genèse de l'attaque d'épilepsie ; par le Dr Julius Donath 353

IV. — Thérapeutique.

De l'hydrothérapie dans les asiles d'aliénés. Des bains d'aspersion ; par le Dr Charon 389

V. — Législation.

Les garanties d'un traitement rapide dans la nouvelle proposition de la loi sur les aliénés adoptée par la Chambre des députés ; par le Dr V. Parant 401

©BIUM

VI. — Revue critique.

PAGES

La clinique psychiatrique de Munich; par les Drs Fernand d'Hollander, Duchâteau et Maere 58

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 29 octobre 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Goujon, Boulenger, Ruggieri Lambranzi, Paul Brousse, Giovanni Algeri, Soutzo fils, Ingegnieros, Decroly, Erwin Stransky. — Mort de M. Nina Rodrigues : M. Briand. — Rapport de M. Legras sur la candidature de M. Dromard; élection. — Un cas de paralysie générale pouvant être considéré comme étant d'origine traumatique, par M. G. Collet. Discussion : MM. Joffroy, Vigouroux, Vallon, Briand, Christian, Gimbal, Collet. 69

Séance du 26 novembre 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Gonjon, Dromard, Perpère, Julius Donath, Franco da Rocha, Del Greco, Massalongo. — Rapport de M. Colin sur la candidature de M. Paul Brousse; élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Soutzo fils; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Giuseppe Algeri; élection. — Maladie d'Addison et délire, par MM. Vigouroux et Delmas. 92

Séance du 24 décembre 1906. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Paul Brousse, Fernand d'Hollander, Esposito. — Election du bureau de 1907. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Perpère; élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Franco da Rocha; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Julius Donath; élection 265

Séance du 28 *janvier* 1907. — Installation du bureau : MM. Marcel Briand, Deny, Séglas. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Briand, Perpère, Algéri, Donath, Soutzo, Riche, Giovanni Motti, Pilcz. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1907. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés, par MM. Pactet et Courbon. — Le placement des aliénés difficiles, par M. A. Vigouroux. — De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive, par M. Maurice Ducosté. — Mélancolie sénile, athérome aortique et gangrène symétrique des membres inférieurs, par M. Deny et Mlle Landry. 272

Séance du 25 *février* 1907. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Hans Evensen, Leredde. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. André Riche; élection. — Le placement des aliénés difficiles. Discussion : MM. Colin, Vallon, Christian, Vigouroux, Séglas, Chaslin, Pactet, Dupré, Arnaud. — Délire chronique par hallucinations psychiques, par MM. L. Marchand et M. Olivier. 414

©BIUM

PAGES

Séance du 25 mars 1907. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Riche, Franco da Rocha, Rémond, Duhem, Paul Masoin, Esposito. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Motti ; élection. — Action des injections intra-musculaires de suc de substance grise dans les insuffisances de la cellule cérébrale, par MM. Rémond (de Metz) et Voivenel. — Le placement des aliénés difficiles. Discussion (*suite*) : MM. Pactet, Briand, Christian, Gimbal, Colin. — Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés. Discussion : MM. Juquelier, Vigouroux, Dupré, Vallon, Deny 431

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1905).

(Anal. par le Dr Georges Vernet.)

Paralysie générale et syphilis chez les Arabes 310

JOURNAUX FRANÇAIS (1904).

(Anal. par le Dr G. Vernet.)

Contribution à l'étude de la démence catatonique 455
Epilepsie : pathogénie et indications thérapeutiques 455
Un nouveau cas de paralysie générale conjugale 457
L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux 457
Des signes oculaires dans la paralysie générale 457
Un cas de forme fruste de démence précoce 458
Des paralytiques généraux persécutés et dangereux 459
Médiumnité délirante 459
Sur les modifications crâniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales (hémiplégie infantile) 460
Note sur la fréquence et la distribution des nævi chez les aliénés. 460
La phobie du regard 461
Obsessions et vie sexuelle 461
Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques 461
Pyromanie et puberté. Examen médico-légal d'un femme incendiaire 462
Aliénés criminels et asiles spéciaux 462
Recherches expérimentales sur la mort dans un cas d'hémiplégie. 463
Etude psychologique sur la stéréotypie 464
Epilepsie paranoïde 465
Contribution à l'étude des anesthésies des organes internes dans la paralysie générale 465
Sur le syndrome de Ganser ou le symptomo-complexus des réponses absurdes 466
« Aura canora » épileptique et équivalents musicaux 466
De quelques formes de nanisme et de leur traitement 466
Délires systématisés spirites 468
Etude d'un cas de rypophobie 468
Pathogénie de la céphalée neurasthénique 469
Etude sur le véronal 470
L'état mental neurasthénique 470
Les coefficients physiologiques du plaisir et de la joie d'une idiote. 471
Un adolescent dégénéré, déséquilibré et criminel 472
Satyriasis suivi d'exhibitionnisme 472

©BIUM

JOURNAUX ALLEMANDS (1902).

(Anal. par le Dr ADAM.)

PAGES

Des symptômes de début de la paranoia 112
Traitement diététique de l'épilepsie . . . . . 112 et 134
Des troubles psychiques périodiques 113
Topographie de la dégénérescence corticale chez les paralytiques généraux, ses rapports avec les centres d'association de Flechsig. 113
Du réflexe oculaire 114
Le réflexe cornéo-mandibulaire 115
Epuisement des réflexes tendineux, sa valeur clinique 115
Du réflexe trigéminofacial et du phénomène de Westphal-Pilz . . . 115
Anatomie pathologique de la tétanie d'origine gastrique 116
Intoxication chronique affectant une forme nouvelle, voisine de la tétanie 116
Myélite disséminée ou encéphalo-myélite causée par l'asphyxie par l'oxyde de carbone 117
Magistrats et experts 118
La médication cacodylique 119
Une nouvelle méthode de coloration pour le système nerveux . . 120
Un cas de thrombose autochtone du sinus de la dure-mère . . . 121
Des changements de caractère à la suite de lésions cérébrales . . 121
Démonstration relative à la physiologie de la vision corticale . . 122
Ataxie cérébelleuse aiguë 123
Absence du réflexe tendineux du genou dans la myélite dorsale par compression, avec dégénérescence des racines postérieures de la moelle lombaire 123
Des voies centrales des nerfs des muscles de l'œil 125
Atrophie musculaire spinale ou myopathique? 125
Vomissements stercoraux dans l'état épileptique 126
Préparations histologiques du système nerveux par centrifugation. 126
Cécité hystérique 127
Un cas extraordinaire de crampe du facial (myokymie limitée à la région du facial gauche) 128
Affections mentales à la suite d'auto-intoxications expérimentales. Psychoses chez les chiens après la thyroïdectomie 129
Névrite multiple dans un cas de maladie de Basedow 130
Du symptôme initial du tabes et de la signification du réflexe du tendon d'Achille 131
Epilepsia luetica 132
Du réflexe lombo-fémoral 135
Le réflexe sous-épineux, réflexe jusqu'ici inconnu de l'extrémité supérieure chez l'homme . . . . . 135 et 142
Du réflexe sus-orbitaire 136
La peur dans la neurasthénie et dans l'hystérie 136
Un cas de catatonie provoqué par la première apparition des menstrues 137
La pronostic des paralysies des membres supérieurs varie selon qu'elles sont dues à une lésion du plexus ou d'un tronc nerveux 137
Psychologie de l'apraxie motrice 138
Réaction paradoxale de la pupille et cas de rétrécissement pupillaire sous l'influence de l'obscurité 138
La régénération autogénétique des fibres nerveuses existe-t-elle? Contribution à l'étude des neurones 140
Remarques sur les cures hivernales dans les hautes montagnes . . 142

©BIUM

JOURNAUX ITALIENS (1904).

(Anal. par le Dr WAHL.)

PAGES

Nouvelles recherches sur la pellagre des poules. 311
De la fatigue mentale chez les enfants; résultats obtenus par un travail fait pendant une heure entière par des enfants des écoles publiques 312
Glio-endothéliome kystique du lobe occipital droit; observation histologique. 312
Affaire Angelo. Mort très rapide après une incarcération, soupçons de violences, délire aigu à terminaison mortelle 312
Les propriétés toxiques de l'aspergillus fumigatus en rapport avec les saisons de l'année 313
Recherches sur la genèse et le mode de formation de la cellule nerveuse dans la moelle épinière et dans la protubérance du poulet . . . . . 313 et 315
Action des calcio-ions sur le cortex cérébral 314
Dégénérescences secondaires expérimentales par arrachement du sciatique, étudiées par la méthode de Donaggio, pour les dégénérescences. 315
Etudes et recherches expérimentales sur la mémoire des images acoustiques et visuelles des mots 316
Sur le développement des fibres nerveuses périphériques et centrales des ganglions spinaux et des ganglions céphaliques chez l'embryon du poulet 316
Coloration positive des fibres nerveuses dès la phase centrale de la dégénérescence primaire et secondaire systématisée ou diffuse dans le système nerveux central. 317
La loi sur les manicomes. 318
Altérations de la moelle épinière dans un cas d'acromégalie. . . 319
Leptomyélite syphilitique à forme tabétique, hétérotypie de la moelle spinale. 319
Les oscillations périodiques mensuelles de la température, du pouls et de la respiration chez les aliénés menstruées et chez celles qui sont aménorrhéiques 320
Influence de l'alcoolisme sur le pouvoir de procréer et sur les descendants 320
Le réticulum fibrillaire et le cylindraxe dans la cellule nerveuse des vertébrés et méthodes diverses de coloration élective du réseau endocellulaire et du réseau périphérique basés sur l'action de la pyridine sur le tissu nerveux 321
Un cas de persistance du ventricule de Verga, trouvé chez un individu à développement général retardé 322
Contribution anatomo-clinique à la casuistique de la chorée de Huntington 322
Sur la manière de connaître objectivement les troubles névropathiques chez les traumatisés. 323
Sur la pathogenèse des amyotrophies d'origine cérébrale. 323
Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par la méthode de Ceni. 324
Sur la nosographie et la pathogenèse des atrophies musculaires progressives. 325
Deux idiots microcéphales. 326
Propriétés thérapeutiques du sang des animaux immunisés avec du sérum d'animaux styro-parathyroïdés 326
Table psychoscopique de Pizzoli. 326

©BIUM

PAGES

Recherches sur la manière dont s'établissent les rapports mutuels entre les éléments nerveux embryonnaires et sur la formation du réticulum interne de la cellule nerveuse. 327
Critiques et observations anatomiques sur la région sous-épendymaire du bulbe et du pont de Varole chez l'homme 327
L'affaire Olivo. 329
Mouvement antialcoolique en Italie 330
Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. 330
Contribution à l'étude de la démence précoce. 331
Impulsions migratoires chez un imbécile 331
La formation de la cavité médullaire dans un cas de polyomyélite antérieure aiguë 332
Dégénérescences secondaires expérimentales dues à un arrachement du sciatique, et situées dans les racines spinales. Etude à l'aide de la méthode de Donaggio pour les dégénérescences 332
La propriété pathogène de l'aspergillus niger en rapport avec la genèse de la pellagre. 333
Contribution à l'anatomie pathologique de l'aphasie motrice . . . 334
Lésion en foyer dans l'hippocampe et dans la corne d'Ammon chez un épileptique mort en état de mal 334

III. — Bibliographie.

Des modifications de la circulation cérébrale consécutives à l'administration de quelques essences, par le Dr A. d'Ormea (Anal. par le Dr Charon). 143
Les actions électriques des organes du corps humain, par M. le Dr Albert Atkins (Anal. par M. le Dr A. Cullerre). 144
Folie communiquée entre deux sœurs; par le Dr Etchepare (Anal. par le Dr Thivet) 335
La menstruation chez les aliénées; par le Dr Etchepare (Anal. par le Dr Thivet) 336
Relations de certains états émotionnels extrêmes et de la folie; par le Dr Théodore H. Kellog (Anal. par le Dr Cullerre). . . . 337
Histoire de la Société de psychiatrie et de neurologie de Boston depuis vingt-cinq ans; par le Dr Walter Channing (Anal. par le Dr Cullerre). 338
Le calibre des principales artères de la base de l'encéphale chez les individus sains d'esprit et chez les aliénés; par le Dr Giuseppe Peli (Anal. par le Dr R. Charon). 338
Sur un cas de méralgie paresthésique; par le Dr Austregesilo (Anal. par le Dr R. Charon). 339
Eléments de médecine mentale appliquée à l'étude du droit; par le Dr Legrain (Anal. par le Dr L. Déricq) 473
De l'illusion de fausse reconnaissance. Etude critique, clinique et médico-légale; par le Dr A. Albès (Anal. par le Dr G. Vernet). 476
Les conceptions modernes de la psychothérapie rationnelle; par le Dr Cipriano Giachetti (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) 478
Sur les troubles des actes chez des malades du cerveau; par le Dr H. Liepmann (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 481
La métaphysique en psychiatrie; par le Dr P. Kronthal. — Sur le concept de l'âme; par le même (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 482
La simulation des troubles mentaux et de l'épilepsie; par le Dr Johannes Bresler (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 483

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . . 144, 339, et 483

©BIUM

IV. — Variétés.

PAGES

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Dezwarte, Costa, Ameline, Fortias, Sizaret, Cornu. — Décret admettant à prendre part à titre exceptionnel au concours d'adjuvat pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Circulaire du ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés. — Circulaire du ministre de l'Intérieur sur les aliénés dans les dépôts de mendicité. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté. — Prohibition de l'opium en Chine. — Fumeries d'opium en France. — Tribunaux. — Faits divers 145

Nominations et promotions : MM. Sollier, Toulouse, Bellat, Blin, Chardon, Meilhon, Viallon, Briche, Lépine, Tissot, Dubranle, Bonnier, Damoye, Dagonet, Pactet, Sérieux, Anglade, Privat de Fortunié, Capgras, Mercier. — Nécrologie : Dr Delaporte. — Enquête sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool, contenant des essences. Circulaire ministérielle. — Concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Les aliénés en liberté (*suite*). 341

Nominations et promotions : MM. Guiard, Charpentier, Courbon, Albès, Robert, Rougean, Olivier, Arsimoles, Boudrie, Marandon de Montyel, Trenel, Leroy, Rogues de Fursac, Roger Mignot, Antheaume, Raviart, Lépine. — Séance solennelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Nécrologie : Ch. Féré, Reverchon. — Concours sur titres pour la nomination à un poste de médecin en chef de la Maison nationale de Charenton. — Concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Surveillance à exercer sur les comptables des asiles d'aliénés. Circulaire ministérielle. — Prix de l'Académie de médecine. — Les suicides en France pendant l'année 1904. — Carnaval macabre. — La lutte contre l'alcoolisme en Suède. — Destruction de l'asile d'aliénés d'Agnew, près de San-Francisco. — Les aliénés en liberté (*suite*). — XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Genève-Lausanne du 1er au 7 août 1907. — Prix de la Société médico-psychologique. 488

Table des matières du tome V de la 9e série. 522

Le rédacteur en chef-gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.